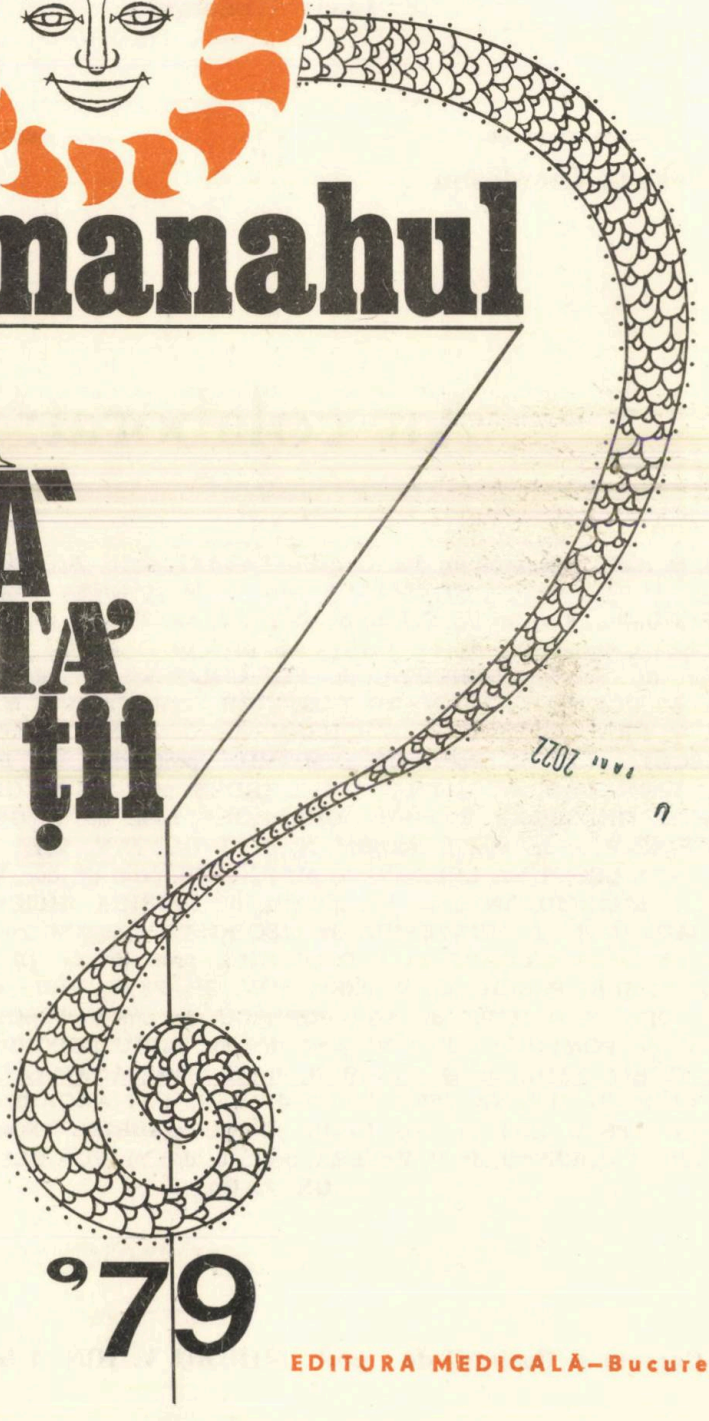
I 11061

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 1979

I 11061

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

almanahul SĂNĂTĂȚII



'79

EDITURA MEDICALĂ—București

28425

REDACTOR

Lucia Gheorghiu

TEHNOREDACTOR

Violanda Leordeanu

SECRETAR DE REDACȚIE

Floarea Nița

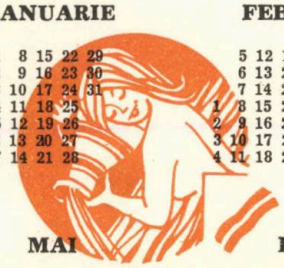
Au colaborat:

Dr. D. ABULIUS, prof. dr. doc. C. ANASTASATU, dr. N. ANDREI, MARIA ARSENE, conf. dr. GH. BADIU, ȘT. BALACI, conf. dr. M. BARNEA, prof. dr. doc. ȘT. BERCEANU, ing. V. BERCUȘ, C. I. BERCUȘ, dr. G. BRĂTESCU, dr. GH. BUCUR, dr. VICTORIA CĂMUESCU, dr. TR. CARACAȘ, prof. dr. D. CINCĂ, ANDREI CIURUNGA, prof. dr. doc. I. CHIRICUȚĂ, dr. FL. COLONAȘ, dr. M. CONSTANTINESCU, dr. P. CORTEZ, dr. ELMANO COSTINER, conf. dr. doc. MARȚIAN COTRĂU, dr. N. CRĂNGULESCU, dr. N. CRIȘAN, dr. C. DANIEL, prof. dr. doc. A. DENISCHI, prof. dr. doc. C. GH. DIMITRIU, prof. dr. AL. DIMITRESCU, conf. dr. I. DRĂGAN, dr. V. FILIP TR. GĂRDUȘ, prof. dr. M. GEORMĂNEANU, dr. GH. M. GHEORGHE, CLAUDIA GHEORGHE, conf. dr. B. GEORGESCU, LUCIA GHEORGHIU, dr. doc. I. GHERMAN, dr. I. GLĂVAN, DAN GRIGORESCU, dr. I. JOCU, LEONTINA LUPESCU, T. MARICARU, prof. dr. doc. V. V. MAXIMILIAN, dr. C. MAXIMILIAN, acad. ȘT. MILCU, dr. VIORICA MILICESCU, prof. dr. doc. I. MINCU, dr. S. MUNTEANU, dr. GEORGETA NESTOR, conf. dr. R. NESTOR, dr. STANICĂ NICOARĂ, dr. C. D. OLINICI, prof. dr. M. OLTEANU, dr. RADU OZUN, ȘARI PENCIU, dr. V. PERMINOV, GH. PETROVICI, prof. dr. doc. I. POP D. POPA, V. D. POPA, dr. ANA POPESCU, dr. EM. POPESCU, dr. O. POPESCU, conf. dr. POMPILIU POPESCU, prof. dr. doc. LIVIU POPOVICIU, dr. I. PUȘCAȘ, dr. HORIA RADU, dr. D. SDROBICI, dr. G. SIMU, ADAM STOICA, dr. MARIETA STOICESCU, ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR, dr. MARGARETA ȘTEFAN, PAUL ȘTEFĂNESCU, prof. dr. doc. IULIU ȘUTEU, GABRIEL TEODORESCU, RODICA TOTH, J. UDRESCU, dr. V. VEVERA, prof. dr. doc. M. VOICULESCU, I. VULPESCU, GH. ZARAFU.

Coperta și ilustrații de : prof. MINOIU V. ION și STAN MIRCEA

TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU,
secretar general al Partidului Comunist Român,
președintele Republicii Socialiste România

1979



IANUARIE

L.	1	8	15	22	29	
M.	2	9	16	23	30	
M.	3	10	17	24	31	
J.	4	11	18	25		
V.	5	12	19	26		
S.	6	13	20	27		
D.	7	14	21	28		

FEBRUARIE

1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			

MARTIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			

APRILIE

1	8	15	22	29		

MAI

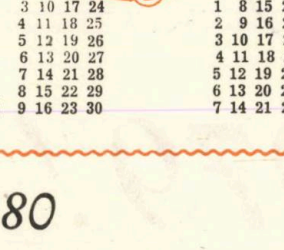
IUNIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			

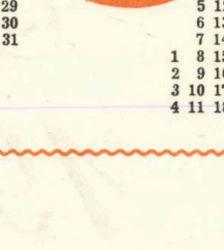
IULIE

1	8	15	22	29		

AUGUST

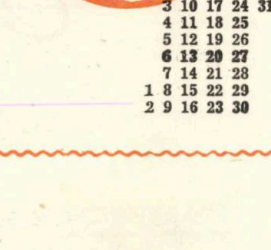


SEPTEMBRIE



OCTOMBRIE

NOIEMBRIE



DECEMBRIE

1980

IANUARIE

FEBRUARIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23			
3	10	17	24			

MARTIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

APRILIE

MAI

IUNIE

1	8	15	22	29		

IULIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

AUGUST

SEPTEMBRIE

OCTOMBRIE

NOIEMBRIE

DECEMBRIE

La Mulți Ani
1979!

editorial

Construirea societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintarea României spre comunism înseamnă pentru națiunea română înfăptuirea aspirațiilor seculare de libertate și omenie, profunde transformări structurale de ordin economic, social și politic.

Dintr-o țară care cîndva era preponderent agrară și dependentă, România a devenit o țară liberă, cu o industrie puternică și agricultură socialistă într-un grandios proces de dezvoltare intensivă, cu o cultură nouă, înfloritoare, o țară în care țelul suprem, țelul care stă la baza întregii politici a partidului și statului, este de a face totul pentru bunăstarea și fericirea omului, pentru afirmarea deplină a personalității umane.

MEDICUL DE ASTĂZI ********* MEDICINA DE MÎINE

Progresele mari obținute în toate domeniile se reflectă nu numai în creșterea bazei materiale și de cadre în domeniul sănătății, ci și în îmbunătățirea stării de sănătate a întregului popor. Toate aceste aspecte demonstrează cu putere fecunditatea politicii promovate cu consecvență de partidul și statul nostru, politică în deplină concordanță cu ritmul dinamic de dezvoltare generală a țării și care a ridicat România de astăzi pe un înalt piedestal al devenirii sale istorice.

Acest salt calitativ, exprimat astăzi și într-o nouă calitate a muncii, demonstrează că grija față de om — factorul esențial al progresului social-economic —, crearea celor mai bune condiții de viață și de muncă pentru fiecare cetățean, dezvoltarea armonioasă a întregii populații reprezintă o componentă fundamentală a politicii partidului și statului nostru, a președintelui țării și secretarului general al partidului — tovarășul Nicolae Ceaușescu.

În Programul partidului, apărarea și întărirea continuă a stării de sănătate a populației reprezintă un element esențial al ridicării calității vieții, al menținerii vigorii și tinereții întregii noastre națiuni.

Cifrele atestă, cu puternică forță convingătoare, realismul politicii sanitare a partidului, îndreptată permanent spre creșterea calității asistenței medicale acordate populației. Măsurile complexe integrate în planul național unic de dezvoltare a țării, dinamica fondurilor mereu crescînde alocate anual acestui important sector de activitate, reflectă un drum pe care se merge hotărît și care este ireversibil.

În 1978, fondurile alocate de stat pentru „sănătate" au atins cifra de aproape 13 miliarde lei, reprezentînd o creștere de peste 18 ori mai mare decît în anul 1950. Investițiile pentru dezvoltarea bazei materiale a sănătății în actualul cincinal sînt de peste 9 miliarde lei, din care se vor construi, de exemplu, spitale noi, care vor însuma peste 38 000 de paturi, adică mai mult decît existau în întreaga Românie de acum 40 de ani. Avem în prezent peste 182 000 de paturi în spitale, 5 300 dispensare teritoriale și de întreprindere, 430 policlinici și multe alte unități sanitare profilate și bine organizate, destinate aceluiași scop : o asistență medicală tot mai bună acordată populației.

Era normal ca în cadrul acestor preocupări statornice să crească și

numărul personalului sanitar, care acum, la începutul acestui an, 1979, se cifrează la peste 37 000 de medici, circa 6 000 de farmaciști și peste 130 000 personal mediu sanitar.

Organizarea mai bună a asistenței medicale la locul de muncă și de viață al oamenilor, sporirea grijii pentru asistența mamei, copilului și tineretului, perfecționarea funcționalității tuturor unităților sanitare, întărirea asistenței de medicină generală prin creșterea competenței medicilor de medicină generală și a gradului de utilizare și eficiență a bazei materiale și a cadrelor, sporirea răspunderii morale și profesionale a întregului personal sanitar față de calitatea îngrijirilor medicale, respectarea obligațiilor care-i revin acestuia pe linia asigurării sănătății populației reprezintă chintesența etapei actuale în asistența medicală.

Anul care a trecut a marcat, pe lîngă alte evenimente politice și sociale de o deosebită importanță pentru mersul înainte al societății noastre și pentru prestigiul mereu în creștere al țării, și adoptarea de către Marea Adunare Națională a „Legii privind asigurarea sănătății populației". Indiscutabil că Legea constituie un eveniment și un act istoric de mare importanță pentru toate domeniile de activitate, ea fiind prima lege sanitară din România care reglementează într-un cadru unitar și juridic întreaga activitate sanitară, fiind elaborată pe baza principiilor care călăuzesc politica partidului și statului nostru. Legea privind asigurarea sănătății populației este un moment care face onoare societății noastre socialiste și medicinii românești. Elaborată sub conducerea directă a secretarului general al partidului nostru, ea poartă pecetea înaltei sale personalități, grija sa fără de margini pentru ființa umană.

În spiritul umanismului revoluționar, care caracterizează întreaga politică a partidului și statului nostru, și în conformitate cu programul general de dezvoltare economico-socială a țării, de ridicare a gradului de civilizație și cultură a poporului, societatea socialistă asigură tuturor cetățenilor condiții tot mai bune pentru întărirea stării de sănătate, pentru ocrotirea și consolidarea familiei, pentru creșterea pregătirii și educării noilor generații, pentru crearea unei ambianțe generale cît mai favorabile vieții și muncii oamenilor.

Afirmarea puternică a științei ca factor social în strînsă interconexiune cu dezvoltarea impetuoasă a industriei, agriculturii, învățămîntului și culturii socialiste, a contribuit la realizarea programelor îndrăznețe elaborate de partid, în special în domeniul economic și social. În cadrul întrepătrunderii dintre programul tehnico-științific și cel economico-social, un loc important îl ocupă și l-a ocupat îmbunătățirea stării de sănătate a populației, în general, și a individului, în special.

Este un adevăr incontestabil că starea de sănătate este strîns legată de nivelul de trai, de condițiile social-economice în care trăiesc și muncesc oamenii. Tot ce s-a realizat pînă în prezent în țara noastră, în toate domeniile, a avut și are ca scop îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă ale populației, pentru ca oamenii să trăiască mai bine, să fie mai sănătoși și să fie apărați de îmbolnăviri.

Nivelul la care ne găsim astăzi în unele domenii ale asistenței medicale ne situează deja printre țările cu dezvoltare medie. Sîntem la un nivel printre cele mai ridicate în Europa în ceea ce privește natalitatea ; mortalitatea generală a scăzut la jumătate față de trecut, iar cea infantilă s-a redus de 6 ori ; durata medie de viață a populației a crescut de la 42 de ani, cît era în perioada antebelică, la aproape 70 de ani în prezent.

Sînt boli care altădată făceau ravagii, astăzi fiind eradicate. Sînt indicatori ai stării de sănătate care s-au îmbunătățit mult, creîndu-se toate

premisele ca aceştia să fie mereu îmbunătăţiţi. La aceste rezultate a contribuit, fără îndoială, şi munca eroică a personalului sanitar, devotamentul cu care acesta îşi face datoria, fiind angajat, cu toată fiinţa, să apere sănătatea celor aproape 22 de milioane de cetăţeni ai României socialiste.

Medicina nu se situează deasupra altor ştiinţe, dar nici nu cred că există om, şi prin om înţeleg omul societăţii noastre de astăzi, care să nu-şi dea seama că fără o medicină bine organizată, fără un învăţămînt medical puternic şi un corp medical bine pregătit, sănătatea naţiunii nu poate fi în continuare consolidată. Medicina de astăzi nu s-a născut astăzi. Această etapă din ultimii 30—40 ani a dezvoltat medicina, i-au creat premisele progresului ştiinţific şi, mai ales, a fost pusă definitiv în slujba oamenilor. Medicina de astăzi este admirabil conturată în „Legea privind asigurarea sănătăţii populaţiei", unde se consfinţesc toate cuceririle socialismului în acest domeniu. Prevederile legii jalonează activitatea medicală şi medicina de mîine şi pun accent pe aplicarea riguroasă în practică a principiilor medicinii preventive, pe dezvoltarea acţiunilor de profilaxie, pe atragerea întregii populaţii la apărarea propriei sănătăţi.

Legea obligă medicul de astăzi şi pe cel de mîine să acţioneze pentru apărarea sănătăţii tuturor, să dezvolte cercetarea ştiinţifică şi să perfecţioneze învăţămîntul. În acelaşi timp, se pune accent pe îmbunătăţirea continuă a activităţii institutelor şi unităţilor sanitare, pe ridicarea gradului de accesibilitate şi sporirea calităţii şi eficienţei actului medical.

Medicina de astăzi pune în faţa medicului problema găsirii celor mai eficiente mijloace de aplicare pe scară largă a practicilor igienice, de formare a deprinderilor pentru o alimentaţie raţională, de combatere a sedentarismului şi abuzului de medicamente şi acestea încă de la vîrstele cele mai tinere. Medicina pune în faţa întregului personal sanitar necesitatea intensificării măsurilor profilactice şi de combatere a îmbolnăvirilor, desfăşurarea unor acţiuni pentru schimbarea structurii morbidităţii. Prevenirea şi combaterea bolilor cardiovasculare, a reumatismului, a cancerului, a incapacităţii temporare de muncă, a bolilor psihice, depistarea şi înlăturarea factorilor de risc care produc îmbolnăviri, perfecţionarea metodelor de diagnostic precoce, recuperarea rapidă prin utilizarea factorilor de cură balneară şi climatică sînt sarcinile noastre de astăzi şi de mîine. Angajarea personalului sanitar în toate acţiunile medicale nu trebuie să aibă caracter festiv. Aici se cere conştiinţă, o conştiinţă capabilă de eroism şi de fapte mari. Această epocă prin care am trecut şi trecem şi prin care trece şi medicina a creat perspectiva istorică a ţării.

Se ştie bine că epoca Renaşterii a tras cortina peste spectacolul empiric şi speculativ al medicinii antice şi din evul mediu. Progresele biologiei, fizicii şi chimiei, ale ştiinţei în general au avut şi au repercusiuni uriaşe asupra medicinii. Chimia, fizica, biologia, biochimia, biofizica, genetica, cibernetica au schimbat radical aspectul şi structura medicinii, dar mai ales problematica şi concepţiile ei fundamentale. „Cunoaşterea — spunea Claude Bernard — constă nu în fapte, ci în urmările care decurg din aceste fapte şi în valoarea cauzelor care le-au determinat".

Trăim momente cruciale în domeniul medical : transplant de organe şi în viitor înlocuirea prin transplant de organe artificiale a tuturor organelor importante din corpul uman, obţinerea atît de mult aşteptată a imunizării faţă de boli pe cale medicamentoasă, modificarea radicală a personalităţii şi a gradului de inteligenţă prin substanţe chimice speciale, îndepărtarea unor defecte genetice prin influenţare la nivel molecular, obţinerea artificială a materiei

vii și chiar realizarea nemuririi materiei vii (anunțată ca practic posibilă în jurul anilor 2050—2080) — reprezintă doar cîteva din obiectivele medicinii de mîine, din marile probleme care vor sta în fața medicului din deceniile viitoare.

De fapt, în primă și ultimă instanță, sarcina medicinii socialiste este să slujească deopotrivă progresul societății și sănătatea individului. Deplasarea preocupării medicinii din sectorul curativ spre sectorul profilactic, de prevenire a îmbolnăvirilor, constituie trăsătura de bază a medicinii de astăzi și sarcina medicului de mîine. Dezideratul acesta, care străbate legea ca un fir roșu, definește rostul medicinii : acela de a apăra sănătatea omului, de a-i păstra sănătatea. Încă din antichitate, marele Celsius afirma : „Sarcina cea mai nobilă a medicinii este tendința de a se face inutilă în viitor".

Dar cum imperialismul a venit pe lume plin de nori și sînge, și civilizația modernă a creat pentru om numeroși factori de risc pentru viața și fericirea lui. Dar dacă malaria, care între cele două războaie mondiale crea peste 300 000 de victime anual, a fost lichidată, febra recurentă și tularemia, de asemenea, iar difteria, tetanosul și poliomielita sînt pe cale de dispariție, persistă încă boli datorită subnutriției (rahitism, pelagră) și în contrast cu acestea, bolile malnutriției (diabet, obezitate, hipertensiune) cu toate implicațiile lor dramatice. Asistăm și, din nefericire, sîntem insuficient înarmați la creșterea stresului, a bolilor cardiovasculare, a tulburărilor psihice, toate din păcate „rodul" civilizației și creșterii nivelului de trai.

Scopul medicinii este, fără îndoială, prevenirea și combaterea bolilor, menținerea stării de sănătate mai prosperă. Trecerea de la starea de sănătate la cea de boală este un fel de salt „calitativ", reprezentînd un proces îndelungat, al cărui deznodămînt firesc se produce de obicei la vîrstele mai înaintate. Desigur că sănătatea omului nu este numai un proces elementar sau un aspect biologic. A privi starea de sănătate sau de boală a omului fără a ține seama de condițiile sociale, de mediul în care trăiește și muncește, înseamnă a avea în vedere doar latura fizică, biologică a acestuia.

Revoluția tehnico-științifică prin care trece omenirea a modificat și va modifica în continuare, într-o măsură tot mai mare, caracterul muncii și al vieții, ceea ce va determina implacabil starea de sănătate a omului.

„Legea privind asigurarea sănătății populației" pune un mare accent pe prevenirea și combaterea bolilor, pe perfecționarea modului de viață și de muncă, pe alternarea sistematică a activității intelectuale cu cea fizică, pe îmbinarea acestora, pe dezvoltarea activităților de sport și gimnastică medicală, efort fizic permanent, pe călirea organismului prin odihnă activă, care să restabilească energia vitală și capacitatea de muncă a fiecărui individ.

Pentru prima dată în istoria noastră avem o lege sanitară care pune omul deasupra oricărei valori — ca supremă valoare sau mai bine-zis singura valoare care nu are și nu poate să aibă preț. Multă vreme s-a înțeles prin ocrotirea sănătății doar partea organizatorică a medicinii. Legea nu numai că elimină aceste greșeli, dar orientează și direcționează sarcinile medicinii către nevoile actuale și de perspectivă ale societății. Ba, mai mult, legea așază principiile medicinii curative — progresiste la vremea respectivă, dar care apoi multă vreme a fost o frînă în calea progresului științific medical — pe locul cuvenit astăzi. Legea îndepărtează principiul medicinii clasice, care avea o atitudine pasivă față de boală și stabilește măsuri clare ca medicina profilactică să meargă în întîmpinarea bolii.

În fiecare articol din lege străbate grija partidului și statului nostru

pentru om, iar prevederile activității de întărire a laturii profilactice de dispensarizare activă, de educație și igienă publică generală, de colaborare interdisciplinară și de participare a tuturor la apărarea sănătății generale și individuale reprezintă una din laturile revoluționare ale medicinii socialiste și sarcinile mereu crescînde care vor sta în fața medicului de mîine.

Cercetarea științifică trebuie să reflecte pe deplin preocupările medicinii de azi, să găsească soluții eficiente și să se adapteze realităților existente. Legea stabilește direcțiile cercetării spre problemele fundamentale ale asigurării sănătății și nevoile în acest domeniu ale societății. Legea nu încurajează cercetările fără perspectivă, cu conținut doar teoretic, fără legătură imediată cu realitatea existentă. Sîntem azi într-o etapă în care acționează această lege de fier a asistenței medicale și nu se vor mai risipi fondurile și forța pentru probleme minore, pentru cercetări de confirmare sau de tip particular.

Alături de celelalte domenii ale științei și tehnicii din țara noastră, medicina progresează și ea cu pași uriași, progres determinat de marile realizări care s-au obținut. Dependența progresului în medicină de progresele științei în general și în special de cele tehnice nu este un tribut, este o cerință, este un corolar, este o necesitate obiectivă.

Cunoașterea, aprofundarea și aplicarea întocmai a prevederilor legii presupune ca întregul personal sanitar să-și înțeleagă pe deplin misiunea și rolul pe care fiecare îl are la locul de muncă și în societate și toți trebuie să acționeze cu înaltă răspundere patriotică și cetățenească pentru ca medicina românească să slujească permanent înfloririi societății românești.

În marea arie de probleme pe care Legea le pune în fața asistenței medicale, o preocupare de prim rang o constituie elaborarea și aplicarea programelor de sănătate, perfecționarea tehnicilor și metodelor de diagnostic precoce, cunoașterea factorilor determinanți ai bolilor, realizarea de vaccinuri, produse biologice și derivați din sînge, obținerea de medicamente și aparate medicale tot mai bune, pentru prevenirea îmbolnăvirilor, pentru tratamentul cancerului, reumatismului, bolilor cardiovasculare, digestive și renale etc. Nu mai puțin importante în această direcție sînt și sarcinile privind asigurarea celor mai bune condiții de muncă și viață pentru toți cetățenii, prevenirea îmbolnăvirilor profesionale, eliminarea noxelor care produc stări de boală, protecția sanitară a aerului, solului, apei și alimentelor, a mediului înconjurător.

Este bine cunoscut că o viață rațională reprezintă în același timp și cheia sănătății pentru fiecare vîrstă. Și în domeniul acesta, legea pune în egală măsură un accent deosebit nu numai pe viața rațională, dar și pe educația generală a populației, privind, pe de o parte, alimentația rațională, iar pe de altă parte, o muncă și o viață la fel de rațională.

Părintele medicinii, Hipocrate, consemna în scrierile sale că starea de sănătate sau de boală a individului sau a colectivității nu se datorește intervenției unor forțe supranaturale, ci unui complex de factori fizici și sociali, pe care omul, cu sprijinul personalului sanitar, poate să-i cunoască și să-i influențeze prin mijloace științifice, nu prin descîntece și invocații. Sănătatea și boala depind numai de factori naturali și tocmai de aceea o mare însemnătate o prezintă modul de trai, alimentația, dozarea eforturilor și evitarea oricăror excese. Aminteam că civilizația modernă întinde multe curse, în incidența cărora poate să cadă omul în necunoștință de cauză. Tocmai de aceea, sarcina personalului sanitar este să acționeze, împreună cu toți factorii de răspundere, pentru educația populației, pentru crearea unor

deprinderi igienice cît mai corecte de muncă și viață, din fragedă copilărie.

Fiecare proces biologic normal sau patologic își are cauza lui naturală, pe care trebuie s-o cunoaștem și s-o descoperim, deoarece cunoscînd această cauză, putem să înlăturăm motivele de dereglare în activitatea organismului și să creăm condițiile de trai și de muncă în stare să prevină îmbolnăvirea.

Există persoane care procedează în așa fel, încît s-ar crede că preocuparea pentru o viață rațională trebuie s-o aibă doar cei vîrstnici sau maturi. Se socotește, și este frecvent acest lucru, că unora le este îngăduit orice exces și poate chiar că este bine ca unii tineri să cunoască toate „plăcerile vieții". Este foarte greșită o asemenea concepție. Aceste puncte de vedere care desconsideră adevărul că un dezechilibru organic profund și prelungit, manifestat la orice vîrstă, poate lăsa urme pe toată viața, urme care se vor intensifica pe măsura trecerii timpului, constituie o greșeală profundă. Tocmai de aceea, Legea stabilește sarcini precise pentru întregul personal sanitar, care trebuie să manifeste grijă permanentă pentru un regim rațional de viață și care trebuie să înceapă încă înainte de nașterea copilului. Dezvoltarea armonioasă a fătului, alimentația corectă a mamei, exerciții fizice permanente, ferirea de îmbolnăviri, înlăturarea oricăror forme de intoxicații, începînd de la folosirea alcoolului, cafelei și tutunului și terminînd cu medicamentele, sau mai bine zis cu utilizarea abuzivă a acestora, reprezintă imperative de educație ale celor care slujesc medicina noastră socialistă.

Se ridică multe probleme în legătură cu educarea pentru o viață rațională la toate vîrstele, necesitatea păstrării sănătății, călirea organismului, prelungirea vieții fiecărui individ. Nevoia elaborării unui program de viață în care să se reflecte, pentru fiecare individ, exigențele alternării muncii și odihnei, ale alimentației raționale, trebuie să se afle pe prim plan. Este deci nevoie ca planurile de învățămînt, începînd din școala primară și pînă în institutele universitare, să poarte pecetea grijii partidului și statului nostru pentru dezvoltarea armonioasă a copilului și tînărului, pentru înarmarea acestora cu un bagaj de cunoștințe indispensabile păstrării sănătății, împlinirii lui ca om și în activitatea profesională viitoare.

Se mai aud voci care — cum spunea acad. N. Gh. Lupu — susțin : „Sînt unii care au băut și au fumat, reușind să trăiască mai mult decît cei care toată viața nu au făcut excese". Și totuși, cei înzestrați de la natură cu o constituție robustă ar putea atinge vîrste înaintate, în plină putere de muncă, dacă ar duce un trai mai cumpătat. Eforturile personalului sanitar pentru a determina la toate vîrstele o viață rațională, de muncă și alimentație, este un efort social util și merită să-i dedicăm întreaga noastră existență.

Așa cum, vorbindu-se despre tutun, Organizația Mondială a Sănătății spunea : „Țigara este un instrument al morții, față de care neutralitatea nu este posibilă", tot așa și în legătură cu viața nerațională, merită să invocăm în orice etapă răspunderea nemărginită care ne revine nouă pentru fiecare individ care, lăsat la întîmplare, poate oricînd să-și curme destinul : „Nu oameni, ci lumi mor !" Și cu atît mai mult trebuie să ne dea nouă de gîndit, celor care lucrăm pentru asigurarea sănătății populației, întrucît viața nu a dat nimic muritorilor fără multă trudă.

Radu Ozun
doctor în științe medicale

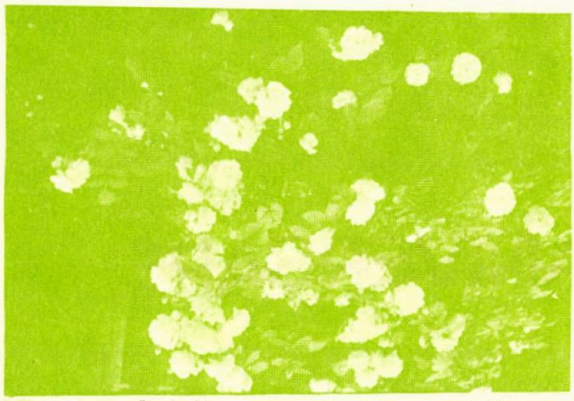
LA CEA DE A 25-A ANIVERSARE

Construcția socialismului — operă socială de uriașă amploare — necesită cunoașterea aprofundată a fenomenelor și cerințelor vieții, la care o contribuție activă o au oamenii de știință din toate domeniile creației materiale și spirituale. Știința și cultura sînt, așadar, componente indispensabile ale societății noi, factori obiectivi ai înfăptuirii idealurilor de progres și bunăstare.

Victoria revoluției socialiste a deschis științei și culturii românești o etapă nouă. Transformările adînci petrecute în domeniul social-politic, economic și cultural, pe care le-a cunoscut patria noastră, au marcat o cotitură importantă și în domeniul ocrotirii sănătății. În deplină concordanță cu direcțiile și orientările țării noastre, în care omul constituie suprema valoare, domeniul ocrotirii sănătății — ca latură esențială a bunăstării omului — a fost situat pe noi coordonate superioare, devenind una din preocupările esențiale.

După cum subliniază tovarășul *Nicolae Ceaușescu* „întreaga politică a partidului și statului nostru este îndreptată spre bunăstarea omului, a poporului, și o latură importantă a acesteia o constituie ocrotirea sănătății".

În acest context, preocuparea tot mai largă pentru introducerea în practică a celor mai noi cuceriri ale



medicinii contemporane a găsit un puternic ecou, luînd ființă în anii de după eliberare, la 1 iulie 1954, Editura medicală a Ministerului Sănătății. Aceasta și-a axat activitatea pe producția de carte medicală și farmaceutică, care se adresează nu numai specialiștilor, cadrelor medicale auxiliare, dar și publicului larg.

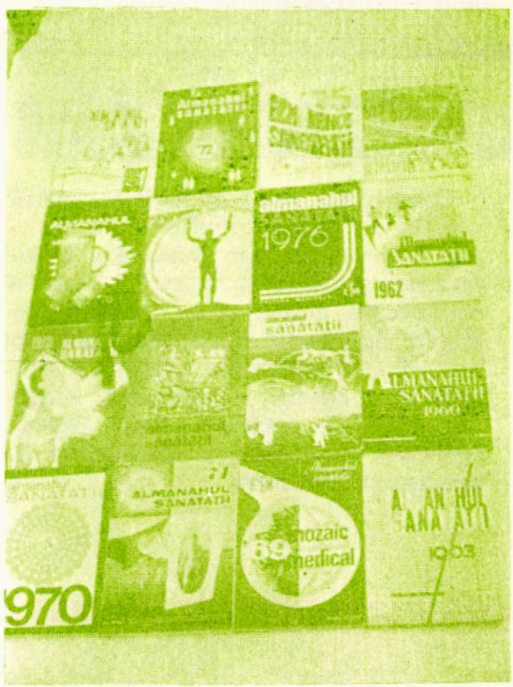
Scopul principal însă, acela de a pune la dispoziția unor păturl largi ale personalului medico-sanitar publicații de specialitate în limba română, de care se simțea atîta nevoie, a fost atins.

Avîntul pe care l-a cunoscut în această perioadă editarea literaturii medicale — parte integrantă a revoluției cultural-științifice — își găsește explicația în condițiile deosebit de favorabile, create de partid, cercetării științifice și afirmării Școlii medicale românești, precum și în măsurile menite să asigure starea de sănătate a populației mereu mai prosperă.

Posibilitățile — altădată minore — de documentare în științele medicale au devenit, în zilele noastre, o realitate tot mai pregnantă. Explozia informațională din domeniul teoriei și practicii medicale, precum și necesitatea de a asigura o documentare corespunzătoare numeroaselor categorii de lucrători din domeniul muncii medico-sanitare, impun Editurii medicale obligația de a edita un vast material informativ în toate disciplinele și specialitățile, care să servească drept instrument de lucru și de pregătire a cadrelor medico-sanitare de toate gradele, precum și de educație sanitară în rîndul populației.

Ținînd seama de cerințele fiecărei etape de dezvoltare a societății și de influența pe care acestea au manifestat-o asupra medicinii atît în ceea ce privește modul de practicare, cît, mai ales, orientarea către anumite priorități, producția de carte medicală a constituit, fără îndoială, rezultatul unei analize sistematice a structurii morbidității, prin definirea celor mai actuale și importante probleme de sănătate.

În acest sens, au fost abordate domenii foarte variate ale disciplinelor medicale, dintre care menționăm : menținerea echilibrului demografic, respectiv asigurarea unui spor natural al populației, ca și supravegherea medicală a femeii gravide și a copilului mic, au constituit sarcini de o deosebită importanță. Problemele de alimentație rațională a omului sănătos și bolnav, ca o componentă fundamentală a asigurării dezvoltării sănătoase a generațiilor viitoare, s-au înscris, fără îndoială, pe linia preocupărilor permanente ale editurii. N-au

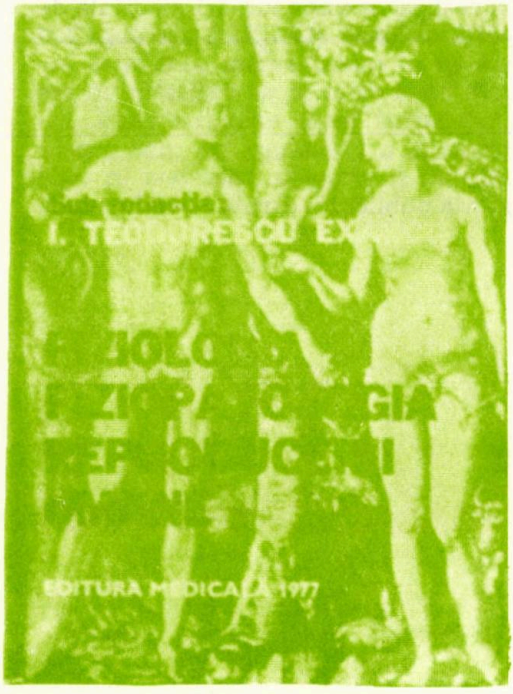


lipsit nici lucrări care să oglindească cunoaşterea aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea fiinţei umane la viaţa modernă, de frînare a proceselor degenerative ale organismului uman, de dezvoltare sănătoasă, echilibrată, fizică şi psihică, a membrilor societăţii.

De o pondere însemnată s-au bucurat lucrările de prevenire şi combatere a bolilor cronice, a principalilor factori ai morbidităţii şi mortalităţii, către care trebuie să se canalizeze cercetarea ştiinţifică în domeniul ocrotirii sănătăţii.

Ţinînd seama de creşterea deosebită a volumului de cunoştinţe, de explozia informaţională ce abundă în ştiinţele medicale, activitatea editorială a trebuit să se orienteze către o selecţie riguros ştiinţifică a datelor, care au fost mai întîi verificate în practică, obţinînd proba timpului. Aşa au văzut lumina tiparului tratate de mare amploare, care includ date esenţiale validate de cercetarea şi practica medicală.

Un loc de seamă în activitatea editorială îl constituie şi promovarea

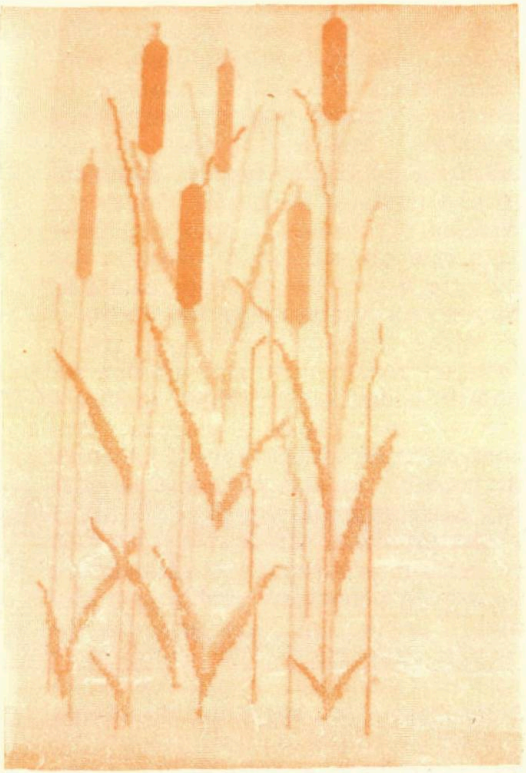


acelei literaturi care oglindeşte principiile eticii şi echităţii socialiste, de făurire a omului nou, cu conştiinţă înaintată. Analizînd starea de sănătate a poporului nostru, conducătorul partidului şi statului, tovarăşul *Nicolae Ceauşescu*, a spus : „Medicina este într-adevăr o profesie, dar nu este o profesie ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci şi multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiunea de a te dedica sănătăţii semenilor". Cartea medicală are deci menirea de a acţiona, prin conţinutul de idei pe care îl propagă, în consens absolut cu acest deziderat, cu acest ideal.

Dar problema care a stat şi stă încă în centrul preocupărilor editoriale o constituie principiul profilaxiei, medicina preventivă fiind una din direcţiile importante de orientare a ocrotirii sănătăţii. Faptul că la temelia dezvoltării societăţii stă strînsa conlucrare dintre muncă, productivitate şi sănătate — aceasta din urmă fiind o condiţie esenţială pentru producerea valorilor materiale şi spirituale — ne obligă pe fiecare dintre noi să veghem la prevenirea şi apărarea acesteia.

Activitatea publicistică bogată a constituit rodul promovării unei literaturi originale româneşti în proporţie de aproximativ 90%, traducerile din literatura de specialitate străină limitîndu-se la domenii neabordate sau insuficient acoperite. Cifric, activitatea desfăşurată între anii 1954—1979 se poate concretiza în: 1 252 titluri, din care 1 110 originale, într-un tiraj total de 12 095 000 exemplare.

În afară de tratate, manuale, monografii, care prin înalta lor ţinută ştiinţifică au contribuit la informarea personalului sanitar asupra celor mai recente realizări ale medicinii contemporane, Editura medicală publică şi un număr de 17 reviste ale Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale, precum şi revista internaţională „Sănătatea publică", care apare în două versiuni — rusă şi franceză.



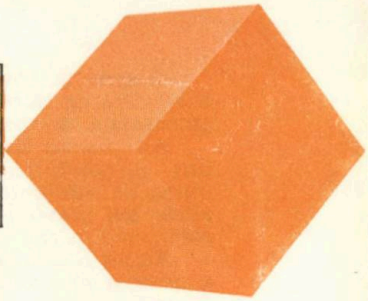
însă, au primit diplome şi premii cu ocazia organizării unor tîrguri, expoziţii şi concursuri interne şi internaţionale.

În prezent, Editura medicală întreţine relaţii cu peste 40 de edituri din străinătate, relaţii care constau din schimburi de lucrări, de materiale de documentare şi propagandă, propuneri de coeditări şi traduceri pe bază de reciprocitate, menite să facă cunoscută cartea medicală peste hotare şi, în acelaşi timp, să informeze asupra celor mai recente achiziţii pe plan mondial.

Valoarea lucrărilor editate a contribuit nu numai la formarea Şcolii medicale româneşti, dar şi la ridicarea şi dezvoltarea prestigiului ştiinţei medicale în ţara noastră şi peste hotare. Astfel, o serie de lucrări au trezit un deosebit interes în străinătate, fapt care s-a concretizat în solicitarea traducerilor în limbile : franceză, germană, rusă, engleză. Altele

Acum la împlinirea unui sfert de veac, toţi cei care ne dăm concursul la realizarea unor lucrări medicale de certă valoare ştiinţifică ne angajăm plenar să transformăm cantitatea într-o nouă calitate, să realizăm un raport strîns între valoarea reală, intrinsecă, a literaturii pe care o promovăm şi răsunetul acesteia în conştiinţa publicului căruia i se adresează.

ECOLOGIA umană
știință a viitorului



Conf. dr. M. BARNEA

În 1866, cînd Ernst Haeckel, biologul evoluționist german care a pus bazele teoretice ale studiului interdependenței dintre organismele vii și mediul înconjurător, știință denumită de el ecologie (de la eichos = habitat, locuință și logos = știință, studiu), nu se întrevedea importanța sa pentru specia umană. De aceea, pe o durată de peste un secol ecologia a avut ca obiect mai mult plantele și animalele. În ultima vreme însă, s-a constatat o intensă preocupare pentru raporturile dintre oameni și mediu, raporturi de care se ocupă ecologia umană. Această știință nu are încă obiectivele și limitele precizate. Așa după cum remarcă însă ecologul american Pierre Dansereau (în prefața cărții sale „Lupta pentru supraviețuire") „o știință a ecologiei umane este în curs de constituire".

Interesul pentru ecologia umană se înregistrează astăzi la diferiți specialiști din numeroase ramuri ale științei : medicină, sociologie, economie, urbanism etc. Monografii, cercetări științifice, articole din presa cotidiană și periodică etc. tratează asiduu diferitele sale probleme. Explicația acestui interes polivalent pentru ecologia umană se datorește caracterului de generalitate al acestei științe — care ar putea îndeplini dezideratul multor savanți — de unificare a științelor, așa cum au prevăzut K. Marx și Fr. Engels acum mai bine de un secol în „Scrieri din tinerețe" (Manuscrise economico-filozofice, 1844). „Cu timpul științele naturii vor îngloba în sine științele despre om, după cum științele despre om vor îngloba în sine științele naturii, va fi o singură știință".

Preocupările deosebite din epoca noastră pentru ecologia umană au fost generate de marile schimbări produse în mediul de viață de revoluția științifico-tehnică și de progresele realizate de gîndire prin cibernetică și teoria sistemelor. Viitorul omenirii a putut fi astfel scrutat cu mai mare claritate, evidențiindu-se posibilitatea unor riscuri nu numai pe plan local, ci și pe ansamblul planetei.

Astfel, studii de viitorologie la scară planetară, efectuate mai ales de membrii Clubului de la Roma, au arătat că prin industrializare și urbanizare anarhică pot fi epuizate resursele naturale : aer, apă, alimente, masa verde a plantelor etc., ca și minereurile metalifere și combustibilii fosili, aceștia putînd produce totodată poluarea ireversibilă a mediului planetei noastre, cu urmări asupra viețuitoarelor existente și a fondului lor genetic.

Consecințele aglomerării excesive și a repartiției nejudicioase a populației, ca și expunerea sa la riscurile create de revoluția științifico-tehnică, pot determina creșterea morbidității degenerative, a malformațiilor, bolilor psihice și a cancerului.

O serie de ipoteze de riscuri planetare sînt aduse în atenție de savanți și sînt urmărite sistematic de organismele internaționale ale O.N.U., căutîndu-se elemente științifice de confirmare pentru a se putea lua din timp măsurile de rigoare și a se dirija progresul pe căi lipsite de risc.

În acest sens, o serie de exemple vin în sprijinul ipotezelor menționate. Astfel, putem cita :

Dezechilibrul concentrației bioxidului de carbon — prin producerea sa în exces — provenit din arderea combustibilului fosil și din insuficiența consumului prin fotosinteză diminuată, datorită scăderii masei verzi a globului, ceea ce ar provoca „efectul de seră", avînd ca urmare schimbări climatice caracterizate prin creșterea temperaturii, topirea gheților polare și creșterea nivelului apelor oceanului planetar, cu inundarea unor mari aglomerații umane, cum sînt orașele : New York, Londra, Tokio, Cairo, Buenos Aires etc.

După o altă ipoteză, dezechilibrul s-ar putea produce în sens opus, ***datorită încărcării atmosferei cu diferite particule***, împiedicînd pătrunderea radiațiilor solare spre sol și răcind clima globului pînă la producerea unei noi glaciații.

O serie de investigații semnalează *distrugerea ecranului protector de ozon din stratosferă* de către compușii halogenați, evacuați de avioane și alte surse, permițînd pătrunderea de doze distrugătoare de raze ultraviolete.

Alte riscuri sînt suspectate prin *creșterea unor substanțe toxice din mediu*, cum sînt : plumbul, mercurul, pesticidele etc. Unele dintre acestea pot determina concentrarea de substanțe toxice în lanțurile trofice, de la microorganisme pînă la om, iar altele pot provoca diminuarea producției de oxigenului de către plantele tropicale și planctonul marin.

Ecologia umană are, de aceea, mari perspective atît pe plan teoretic, cît și practic, și aceasta nu numai pentru ansamblul globului, ci și pentru zone restrînse, cum ar fi teritoriul unor țări și chiar al unor orașe, situații care multiplicîndu-se ar putea cuprinde, în acest mod, întreaga planetă.

Raporturile ansamblului populației umane, ca și ale indivizilor luați separat cu mediul lor înconjurător, constituie preocuparea primordială a ecologiei umane. De modul cum aceste raporturi asigură bunăstarea, echilibrul și armonia dintre oameni și ambianța lor depinde sănătatea, permanența și progresul biologic. Pe de altă parte, este evident că la oameni progresul biologic este strîns legat, puternic dependent și organic completat cu perfecționările pe plan spiritual și social.

Deducem, așadar, că ecologia umană are ca obiective nu numai evitarea degradării mediului natural prin consum excesiv, prin tehnica brutală, poluare sau alte activități umane, ci și crearea unor raporturi superioare între om și mediu la toate nivelurile — de la individ la întreaga omenire și, respectiv, de la biotipul individual la întreaga biosferă. Deci, ecologia umană nu trebuie limitată la studiul consecințelor negative ale acțiunilor omului, ci, dimpotrivă, trebuie extinsă la factorii fizici, chimici, biologici și psihosociali. Din cele relatate mai decurge și faptul că ecologia umană nu contestă rolul indispensabil al factorilor naturali, susținînd totodată importanța progresului tehnic, dar a aceluia fără efecte nocive pentru populația umană.

Ecologii contemporani, aproape în unanimitate, nu neagă avantajele civilizației și sînt convinși că ecosisteme umane cu caracteristici superioare se pot crea în viitor cu ajutorul invențiilor, al organizării sociale și al altor creații izvorîte din rațiunea umană, cu condiția ca ele să respecte prevederile ecologiei : inocuitatea asupra vieții, atît direct, imediat, cît și indirect, secundar.

În acest sens, după imaginea unui mare ecolog contemporan, Barry Commoner, trebuie realizată din nou „închiderea cercului", prin favorizarea capacității de regenerare și reciclare a resurselor naturale. Așadar, sprijinirea pe natură, pe capacitatea sa de a furniza hrană și energie, continuă să stea la baza existenței umane. Mai mult, dacă în secolele anterioare omul a fost favorizat de natură și a putut să consume stocurile de energie fosilă concentrată de-a gata, dar poluantă, stocuri acumulate spontan în erele trecutului geologic, în viitor el va trebui să-și dirijeze procesele de colectare și refacere a energiei bazîndu-se, mai ales, pe mecanisme nepoluante, prin prelevarea direct din soare și indirect din mișcarea valurilor și vînturilor, din miezul Pămîntului, din masa verde a plantelor etc.

Desfășurarea vieții pe baze ecologice va putea reduce o mare proporție a cazurilor de îmbolnăvire și deces și va putea astfel crește longevitatea nu numai prin asigurarea de resurse sigure pentru omenire, ci și prin raporturi armonioase cu mediul, la toate nivelurile, de la individ la întreaga omenire. Vor putea diminua sau chiar dispărea boli, cum sînt cele datorite insalubrității, poluării, aglomerării, stresului etc., adică bolile infecțioase, degenerative, cancerul, bolile psihice și psihosomatice, ceea ce reprezintă majoritatea cauzelor de suferință ale omenirii.

Fără îndoială că în același cadru sînt cuprinse bolile provocate de toxicomanii (alcool, tutun etc.), de sedentarism și îmbuibare, fără a pomeni de distrugerile pe care le-ar putea provoca războiul. Iată de ce ecologia umană, cîmpul vast, aproape ubicuitar, al interdependenței dintre populația umană și mediul său de viață, constituie știința plină de speranțe a viitorului omenirii !

CUNOAȘTEȚI TOTUL DESPRE ORGANISMUL DUMNEAVOASTRĂ?

Organismul uman reprezintă un întreg unitar ce nu poate fi redus niciodată la suma părților sale componente.

În sprijinul organizării și funcționării complexe a organismului uman, cîteva date ne vor face să reflectăm de ce, pe drept cuvînt, omul este considerat cea mai superioară ființă dintre toate organismele vii.

Din cele peste 105 elemente cunoscute în natură, organismul uman conține aproximativ 60, marea majoritate (99%) fiind reprezentate de atomii elementelor chimice, situate în primele 20 de locuri ale tabelului lui Mendeleev.

Compoziția chimică a organismului reflectă dealtfel structura naturii înconjurătoare, neexistînd atomi de substanță care să aparțină în exclusivitate omului. Chimistul francez Bertrand a calculat că organismul unui om, cîntărind 100 de kg, ar conține : 63 kg oxigen, 19 kg de carbon, 9 kg de hidrogen, 5 kg de azot, 1 kg de calciu, 700 g de fosfor, 640 g de sulf, 260 g de sodiu, 220 g de potasiu, 180 g de clor, 40 g de magneziu, 3 g de fier, 0,03 g de iod și în cantitate mult mai mică fluor, brom, mangan, cupru, aluminiu, cobalt, zinc, siliciu și chiar aur. Rolul acestora din urmă, fiind în cantitate foarte mică, încă nu a fost precizat.

În funcție de compoziția substanțelor organizate molecular, componentele unui organism adult, în greutate de aproximativ 70 de kg, se prezintă astfel : apă 50 kg (60—70% din greutatea corporală), proteine 10 kg (15%), grăsimi 10 kg (10—30%), glucide 0,5 kg (1%) și substanțe minerale 5 kg (7—8%).

Ponderea țesuturilor organismului uman adult este, de asemenea, diferită, țesutul muscular cu cei peste 400 de mușchi ai săi reprezentînd aproximativ 40—50% din greutatea corpului (28—35 kg), pielea — dealtfel și cel mai mare organ al corpului — reprezintă aproximativ 12 kg, creierul 1,4—1,5 kg, ficatul 1,5 kg, inima 350 g, sîngele 4—5 kg, glanda tiroidă 20—35 g, existînd situații cînd țesuturi sau organe foarte mici (paratiroidele, de exemplu, nu depășesc 2 g), care sînt indispensabile menținerii vieții.

Organismul uman este constituit dintr-un număr impresionant de celule : circa 100 000 de miliarde.

Fiecare celulă (în afara celor sexuate) conține în nucleul său o zestre genetică formată din 46 de cromozomi (44 autozomali, adică acei care determină trăsăturile și însușirile organismului și 2 sexuali, ce imprimă caracterele sexului), fiecare cromozom fiind, la rîndul său, format dintr-un număr de 10 000—20 000 de gene (fiecare determinînd o trăsătură de caracter), astfel că într-o celulă umană, numărul total al genelor este cuprins între 500 000—1 000 000 la bărbat, acest număr fiind ceva mai redus decît la femeie.

Se știe că viața a apărut în apa mării, unde se găseau condiții optime, însă dezvoltarea ulterioară a impus desfășurarea ei și în afara mărilor. Celulele au trebuit să se adapteze noilor condiții, continuînd să trăiască într-un lichid asemănător, dar redus ca dimensiune, numit mediu intern („marea internă"). Întocmai ca și marea, acest mediu se află într-o continuă mișcare în organism, fiind în permanență amestecat și primenit prin circulația sanguină, schimbul dintre celule și mediul intern atingînd impresionanta cifră de 2—4 tone în 24 de ore.

Sîngele circulă împins de motorul cel mai perfect din lume, care, în ciuda greutății reduse, pompează neobosit sîngele de-a lungul a peste 100 000 km de vase sanguine, și cu atîta putere încît face ocolul întregului corp în 20 de secunde, necunoscînd repausul și nedîndu-se învins decît odată cu moartea organismului.

Inima, acest motor perfect, se contractă în repaus cu 70—80 de bătăi pe minut, ceea

ce înseamnă aproximativ 100 000 de bătăi pe zi și de 3 miliarde de ori în cei 70 de ani, vîrstă considerată ca media longevității pe glob. Inima pompează în repaus aproximativ 5—6 litri de sînge pe minut, 400 de litri pe oră, 10 000 de litri pe zi, pentru a atinge, în timpul vieții, impresionantul volum de 250 milioane de litri. În cursul activității sale, inima desfășoară o muncă uriașă. Numai cheltuiala de energie dintr-o singură zi ar putea ridica o greutate de 1 kg la o înălțime dublă față de cea a Everestului (8 848 m) sau ar echivala cu 270 de cai putere, efort care însumat în timpul vieții ar putea ridica o locomotivă pe vîrful Montblancului (4 807 m). Capacitatea de efort a inimii este de-a dreptul impresionantă, cu atît mai mult cu cît inima lucrează fără reparații, fără să se supraîncălzească, fără întrerupere de la naștere și pînă la moarte și cu un consum minim de combustibil (aproximativ 3 g de zahăr).

În afară de alimente, organismul are nevoie și de oxigen. „Cărăușii" acestui oxigen sînt hematiile, care se află în număr de 4—5 milioane/mm³, ceea ce înseamnă că, în total, în sînge se află 25 trilioane de hematii, reprezentînd dealtfel cea mai numeroasă varietate de celulă a organismului uman. Deși fiecare hematie are un diametru de numai 7,5 microni (1 micron este egal cu a mia parte dintr-un mm), dacă le-am așeza alături toate hematiile organismului, am acoperi jumătatea distanței Pămînt-Lună (200 000 km) sau de 5 ori lungimea ecuatorului. Dacă cineva sceptic și meticulos nu s-ar încrede în calcule și ar încerca să numere la microscop aceste hematii, ar avea nevoie de peste 1 500 de ani!

Dacă omul poate răbda de foame cîteva luni, de sete cîteva zile, în schimb fără oxigen nu poate trăi mai mult de 3 minute, interval după care apar modificări profunde, mergînd pînă la moartea organismului. Lipsa oxigenului „nu provoacă numai oprirea mașinii, ci și deteriorarea ei" — afirma marele fiziolog Haldane. Faptul că respirația este o funcție vitală, încetarea ei devenind sinonimă cu producerea morții, reiese pregnant și din constatarea că omul respiră de cel puțin 23 000 de ori în 24 de ore, în timp ce în același interval se alimentează doar de 3 ori!

Oxigenul este captat de la nivelul celor 300—400 de milioane de cavități mici pulmonare, sferice, denumite alveole, de către hematii, adevărate „vagonete" microscopice, conținînd fiecare 265 de milioane de molecule de hemoglobină, care fixează 1 060 milioane de molecule de oxigen.

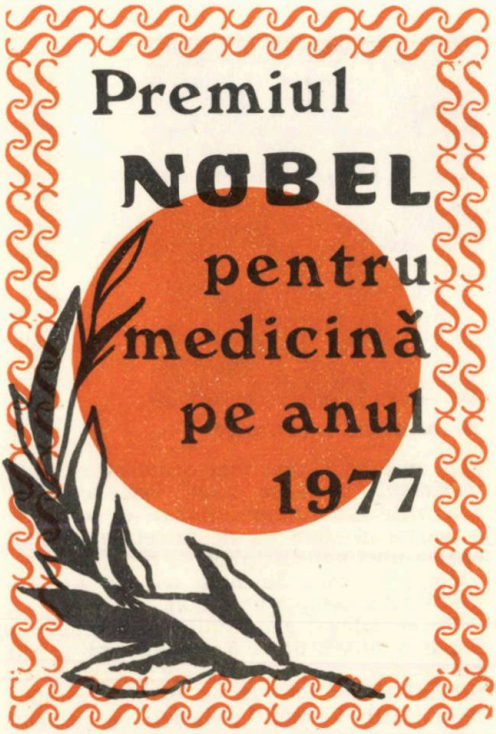
Toate procesele organismului uman sînt coordonate de „statul major" al organismului, reprezentat de sistemul nervos central, a cărui unitate structurală și funcțională este reprezentată de neuron. Dacă am reda, figurat, neuronul, de mărimea unei mingi de tenis, am constata că acesta posedă o multitudine de prelungiri, care ar echivala în totalitate cu volumul unei camere. Cele 110 miliarde de neuroni existenți în sistemul nervos se află, prin prelungirile lor, într-o conexiune (sinapsă) unii cu alții, realizîndu-se numai la nivelul scoarței cerebrale aproximativ $10^{2.783.000}$ de sinapse, de-a lungul cărora pot fi conduse informațiile. Redarea cifrică a acestui calcul ar reprezenta un număr care se întinde pe o lungime de 9,5 km. Organizarea sistemului nervos reprezintă o culme a miniaturizării, neatinsă încă în electrotehnică. Într-adevăr, dacă ne-am imagina o sinapsă analoagă unei lămpi electronice sau unui tranzistor, am putea constata că cel mai mic tranzistor existent în tehnică depășește de 1 000 de ori dimensiunile liniare ale unui neuron.

Creierul uman, cea mai complicată structură a organismului, poate fixa un mesaj la fiecare o zecime de secundă, ceea ce pentru o viață de 70 de ani ar reprezenta aproximativ 10^{15}—10^{20} mesaje, capacitate de memorie cu mult superioară celui mai perfecționat calculator (10^{8}). Trebuie amintit că nu există doar diferențe cantitative și că între calculator și creier există mai ales diferențe calitative, în sensul că stocajul calculatoarelor moderne se face rigid, după o metodă logică, comandată tot de om, pe cînd memoria biologică funcționează pe baza selecției, după criterii de conținut.

Cu ajutorul sistemului nervos, prin „ferestrele deschise" spre lume, omul primește în permanență informații din mediul ambiant și intern: 1% prin gust, 1,5% prin tact, 3,5% prin miros, 11% prin auz, 83% prin văz. S-a calculat că din acest imens volum de informații omul își reamintește 10% din ceea ce citește, 20% din ceea ce aude, 30% din ceea ce vede, 50% din ceea ce vede și aude, 80% din ceea ce spune și 90% din ceea ce spune și execută.

Studiile efectuate arată că de la naștere și pînă la moarte omul pierde continuu neuroni (singura celulă ce nu se reface), mărimea pierderii intensificîndu-se odată cu înaintarea în vîrstă. Dacă la vîrsta adultă se pierd cam 10 000 de neuroni/zi, la 60 de ani numărul lor crește pînă la 100 000 pe zi, cifră care însă nu trebuie să ne îngrijoreze, deoarece neuronii posedați sînt suficienți chiar pentru... 1 000 de ani! Trebuie să menționăm că aceste pierderi de neuroni nu afectează cu nimic capacitatea intelectuală, care, dimpotrivă, se ameliorează cu vîrsta.

Conf. dr. **GH. BADIU**
I.M.F., Tg. Mureș



Chiar de la începutul acestui secol, după cum s-a inițiat prin testamentul reputatului savant, inventator și om de știință suedez Alfred Nobel (1833—1896), în fiecare an are loc în orașul Stockholm acordarea a 5 premii pentru cele mai remarcabile realizări și servicii aduse umanității. Astfel, s-au bucurat de această înaltă distincție persoane care au adus cele mai importante contribuții în domeniile : fizicii, chimiei, medicinii, literaturii, precum și cele care și-au dat cea mai mare osteneală pentru menținerea frăției între popoare — pentru pace.

După cum se cunoaște, Premiul Nobel pentru medicină pe anul 1977 a fost acordat unui număr de trei medici americani : Rosalyn S. Yalow, Andrew V. Schally și Roger Guillemin.

Vestea conferirii supremei distincții n-a surprins pe nimeni, deoarece toate cele trei nume sînt personalități binecunoscute în lumea științifică medicală. Toți trei sînt savanți de excepție, fiind deja posesori a numeroase onoruri și distincții naționale și internaționale, membri a numeroase societăți medicale din țară și din străinătate.

Cercetările acestor savanți de prestigiu sînt uriașe, avînd ca rezultat importanța și rolul jucat de hormoni în chimia corpului omenesc.

Dealtfel, Rosalyn S. Yalow a mai fost distinsă, în anul 1976, cu cel mai important premiu american, Premiul Albert Lasker, pentru medicină, fiind prima femeie căreia i s-a acordat această înaltă distincție, ca urmare a contribuției sale majore la revoluționarea cercetării și practicii medicale. Mulți specialiști consideră metoda sa de cercetare R.I.A. (prescurtarea cuvintelor *radio-immuno-assay*) drept fundamentală și „cea mai importantă descoperire în domeniul medical din acest secol". Rosalyn Yalow este a doua femeie din lume distinsă cu Premiul Nobel pentru medicină, după Gerty Cori, care își împărțea acest premiu, în anul 1947, cu soțul său.

R.I.A. constă din aplicarea fizicii nucleare în medicină, folosind izotopi radioactivi ca mijloc de măsurare a unor substanțe farmacologice, cum sînt : medicamente, droguri, substanțe biologice (virusuri, hormoni, vitamine și enzime prezente în sînge sau extrase tisulare, precum și alte fluide biologice ale corpului uman, animal sau vegetal). Măsurarea se face prin folosirea reacției unui antigen radioactiv pur cu un anticorp specific.

În interviul pe care cercetătoarea a avut amabilitatea să ni-l acorde, ne mărturisea că această metodă — unanim apreciată ca excepțională — a descoperit-o și experimentat-o de-a lungul a peste două decenii, cu regretatul său colaborator, dr. Solomon A. Berson, pînă la prematura sa stingere din viață, în 1972. Dealtfel, lui îi datorează mult în această direcție — adaugă savanta — și regretă faptul că Premiul Nobel nu se acordă decît persoanelor în viață.

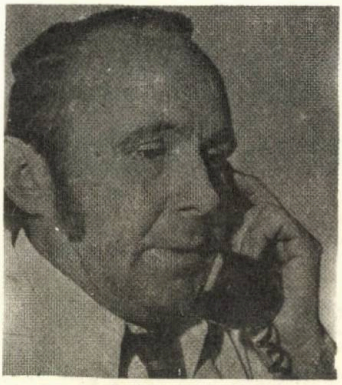
Metoda sa de cercetare medicală are aplicații directe în medicina clinică : numai în Statele Unite se folosește în peste patru mii de laboratoare, la care se mai adaugă alte mii de laboratoare din străinătate.

Precizia acestei metode este extrem de mare, sensibilitatea ei mergînd pînă la detectarea prezenței unor substanțe într-o concentrație de pînă la a miliarda parte dintr-un gram. Aceasta, ca și cum s-ar

Dr. ROSALYN S. YALOW

arunca o jumătate de bucată de zahăr cubic într-un lac lung de 100 km și lat tot pe atît și cu o adîncime de 10 m ; prin această metodă ne permitem detectarea prezenței zahărului în apa lacului.

R.I.A. va duce, fără îndoială, la o nouă și mai bună înțelegere a naturii umane. Ea a fost inițial folosită, în anul 1959, la măsurarea hormonilor și a insulinei din sîngele bolnavilor de diabet. Apoi și-a extins aria și asupra rolului hormonilor în corpul uman.



Dr. ANDREW V. SCHALLY

Actualmente, această metodă este folosită, practic, în toate specialitățile medicale. Cu ajutorul ei se poate cunoaște cu precizie dacă nu cumva sîngele păstrat în congelatoare, sînge care urmează să fie administrat bolnavilor, este contaminat cu viruși de hepatită sau ai altor boli. De asemenea, mai este eficace și în detectarea prezenței unor droguri în sistemul circulator, precum și a diabetului și cancerului în faze foarte incipiente.

Doctor Rosalyn Yalow este cercetătoare principală la Veterans Administration Hospital din Bronx (cartier din New York), în laboratorul căruia își petrece săptămînal 70 de ore dedicate muncii de cercetare. În acea zi de joi, 13 octombrie, la ora șapte dimineața, cînd a fost căutată telefonic de la Stockholm, pentru a i se comunica fericita veste, savanta se afla la datorie, în spital. Aici, în cei 30 de ani de activitate, i-au fost puse la dispoziție laboratoare și i s-au creat condiții adecvate pentru o bună cercetare.

Despre ceilalți doi neurofiziologi, Roger Guillemin și Andrew V. Schally, Comitetul de acordare a Premiului Nobel de la Stockholm scria : „Descoperirile celor două grupuri, fiecare în parte, au pus bazele cercetării hipotalamice moderne, ceea ce a deschis noi orizonturi în cercetarea biologică și medicală, mult dincolo de hotarele propriilor lor sfere de interes".

Roger C. L. Guillemin fiind numit, în 1953, asistent de fiziologie la Colegiul Baylor din Houston, Texas, a avut coleg pe Andrew V. Schally, cu care a colaborat o bună perioadă de timp. Din 1970 este numit profesor la Institutul Salk, de lîngă San Diego, California. Ar fi imposibil să se stabilească care dintre cei doi savanți, specialiști în studiul hormonilor secretați de hipotalamus, are merit mai mare sau care a descoperit (identificat și sintetizat) mai întîi primul hormon hipotalamic (T.R.H.). Cert este că amîndoi au contribuții majore în acest complicat domeniu pe care și l-au ales spre cercetare, fapt demonstrat și de distincțiile egale ce le-au fost acordate. Lucrările lor au revoluționat o serie de concepte în sfera lor de cercetare, punînd bazele unei noi discipline — neuroendocrinologia — care deschide noi căi în diagnosticul și terapia unor boli.

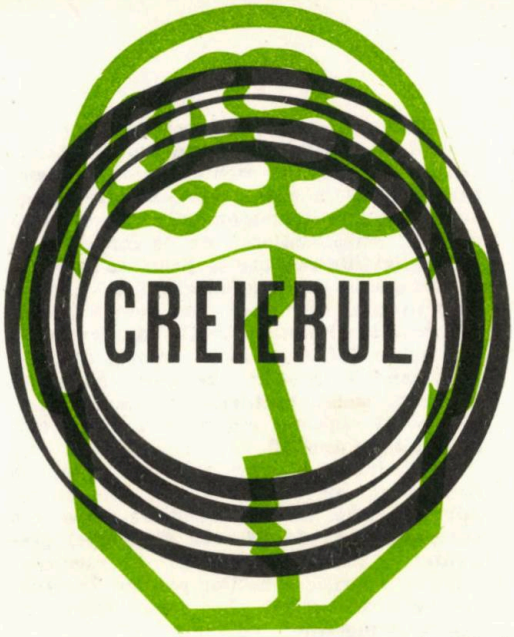
Ca și colegul său Guillemin, Schally a depus o muncă titanică, studiind mii și mii de țesuturi cerebrale, în speță creiere de porcine și de ovine (peste 160 000 de hipotalamusuri). Savantul consideră ca un prim eveniment în orientarea sa spre viitoarea carieră de cercetător, teoria lui Green și Harris (foști profesori ai lui Schally, în Anglia), teorie de bază privitoare la controlul hipotalamic al secreției de gonadotropină de către glanda pituitară, teorie ce se sprijinea pe probe anatomice și fiziologice.

Studiind atît problema sterilității, cît și cea a natalității, Schally s-a ocupat tot mai mult de funcțiile creierului și de secrețiile endocrine, pentru a le aplica în procesul reproducției populației.

Un eveniment de seamă în viața savantului a fost acela cînd, împreună cu Murray, a reușit să demonstreze că țesutul hipotalamic și, în mod surprinzător, și cel neurohipofizar, conțin o substanță ce stimulează secreția de A.C.T.H. (hormonul adrenocorticotrop), numind această substanță factor de eliberare a corticotropinei (C.R.F.). Această descoperire a fost prima dovadă directă a existenței hormonilor hipotalamici.

Cu ocazia unui congres al Societății de endocrinologie, care a avut loc în anul 1971 la San Francisco, Schally a prezentat, pentru prima dată, soluția problemei care îl preocupa de atîta vreme, avînd un imens răsunet științific și social, datorită posibilităților pe care le oferă de a stimula sau inhiba procreația. Astfel, autorul a demonstrat că hormonul obținut — un decapeptid — este tocmai hormonul fiziologic care controlează reproducția la nivel cerebral.

Traian Gărduș



creierul este și o glandă ENDOCRINĂ

Acad. Ștefan Milcu

Relația dintre sistemul nervos și cel endocrin a constituit una din cele mai controversate probleme ale biologiei moderne. Pînă la apariția neuroendocrinologiei și sub influența concepției nerviste, sistemului nervos i s-a rezervat rolul de comandă și de control al secrețiilor interne. În asemenea condiții, capacitatea secretorie a celulelor nervoase părea o fantezie, iar pentru dogmatici „o erezie". Dar situația s-a schimbat odată cu descoperirea, la începutul deceniului al 4-lea, a circulației porte hipotalamohipofizare de către Gr. T. Popa și a tractului hipotalamohipofizar de către I. T. Niculescu, urmată în deceniul al 6-lea de punerea în evidență a secreției de vasopresină **(hormon hipertensiv și antidiuretic) și de** ocitocină **(stimulant al fibrelor musculare netede — uter, intestin etc.) — doi hormoni descoperiți de aproape o jumătate de secol în lobul posterior al hipofizei, în nucleii supraoptici și paraventriculari ai hipotalamusului (situat în partea inferioară a bazei creierului). Conceptul de neurosecreție și-a găsit astfel o confirmare indiscutabilă. În aceeași perioadă, descoperirea structurii peptidice a celor doi hormoni și sinteza lor au impus definitiv recunoașterea capacității neurosecretorii a hipotalamusului.**

Printr-o evoluție determinată de logica internă a științelor, după aproape două decenii de investigare neuroendocrină, apare descoperirea, în 1968, a primului hormon peptidic, tot hipotalamic, capabil să stimuleze descărcarea de hormon tireotrop din hipofiza anterioară, hormon care la rîndul lui reglează sinteza si secreția hormonilor glandei tiroide. Apare astfel o nouă clasă de neurohormoni hipotalamici, care controlează hormonii glandotropi hipofizari, denumiți de „descărcare" (releasing hormones — **RH — după terminologia internațională).**

Hormonii glandotropi sînt secretați de hipofiza anterioară, stimulînd sinteza și excreția de hormoni ai glandelor periferice : tiroidă, ovar, testicul etc.

Sfîrșitul deceniului al 7-lea marchează descoperirea în serie, la intervale scurte, de hormoni analogi pentru ceilalți hormoni glandotropi. Astfel, în 1971, s-a evidențiat un neurohormon de descărcare a hormonului luteinizant, format din nouă acizi aminați (LH—RH), iar în 1972, un tetrapeptid denumit somatostatină, **cu rol inhibitor, de astă dată al hormonului de creștere hipofizar și al altor hormoni hipofizari (corticotrop, tireotrop etc.).**

Izolarea acestor peptide hipotalamice se datorește sagacității și calităților excepționale ale lui Roger Guillemin și Andrew Schally, care au primit pentru aceste descoperiri Premiul Nobel în 1977. Dar ce dificultăți au trebuit să fie învinse pentru a izola acești neurohormoni ? A fost nevoie de 50 tone de hipotalamus, din care de-abia s-au izolat cîteva miligrame din aceste peptide.

Cercetările de fiziologie și farmacodinamie a acestor substanțe au arătat că rolul lor nu se limitează la reglarea secreției hormonilor glandotropi hipofizari. S-a constatat că intervin și ca neurotransmițători și modulatori ai activității neuronilor în diverse zone ale creierului — acțiuni insuficient cunoscute — că acțiunea lor se

realizează în zonele vecine neuronale şi nu la distanţă, aşa cum fac hormonii glandelor periferice ; îndeplinesc deci rolul unor hormoni pe care sistemul nervos îi sintetizează şi-i foloseşte în activitatea lui proprie.

Dar istoria neurohormonilor a intrat în cea de-a 3-a etapă, odată cu descoperirea, în 1973, a unei noi categorii de neuropeptide — endomorfinele, sintetizate dintr-un prehormon al hipofizei intermediare (beta-lipoproteină), lipsit de acţiune hormonală proprie şi encefalinele, izolate din creier. Pînă în prezent s-au izolat cinci substanţe de acest fel din hipofiză şi din creier.

Aceste neuropeptide blochează recepţia durerii, în majoritatea cazurilor, acţionînd asupra receptorilor membranelor celulelor nervoase, asemănător morfinei. De aceea, au fost denumite endomorfine. Dar seria acestor neurohormoni nu se încheie aici. În publicaţiile recente se prezintă peptidul P, antagonist al endomorfinelor, capabil să transmită durerea ; neurotensina, care reglează tensiunea arterială şi metabolismul zahărului, precum şi factorul de creştere, capabil să stimuleze creşterea oricărui ţesut izolat, culturile de ţesuturi canceroase şi reglarea regenerării membrelor amputate la amfibii.

Cu siguranţă că vom asista în viitor la izolarea de noi substanţe secretate de celule nervoase. Se vor deschide astfel noi perspective în descifrarea fiziologiei creierului, a comportamentului, în mecanismele de apariţie a bolilor psihice. Încercările de tratament în schizofrenie cu beta-endomorfine au făcut să dispară, pentru o perioadă de timp, la unii bolnavi, catatonia şi delirul. Există speranţe ca endomorfinele sau poate şi alţi neurohormoni să poată fi folosiţi în prevenirea şi tratamentul toxicomaniilor.

În concluzie, constatăm existenţa secreţiilor endocrine ale creierului, probabil şi ale altor componente ale sistemului nervos.

Astfel, este necesar să reconsiderăm concepţia tradiţională asupra sistemului nervos, ca un sistem care primeşte informaţii de la periferie, le prelucrează şi transmite ordine. Apare evidentă existenţa a trei componente, care îl definesc în concepţia modernă, propusă de Pearse : somatică, autonomă (vegetativă) şi endocrină.

— Alo, Salvarea ?
— Da. Chiar ea aici !

ALO, SALVAREA ?

— Veniţi urgent pe strada „Trei urzici".
Un biet arici s-a-mbolnăvit de gripă.
— Vom fi la dumneavoastră într-o clipă !
Şi clipa asta a durat trei zile.
— Nu faceţi comentarii inutile !

Uitasem să vă spun că la Salvare,
Era dispecer melcul, mi se pare.

GABRIEL TEODORESCU

homeostazia și echilibrul organic

Contribuția lui
W.B. Cannon și D. Danielopolu

Acum o jumătate de secol s-a înregistrat în fiziologie și medicină un succes epocal prin emiterea de către savantul american Walter Bradford Cannon (1871—1945) a noțiunii de *homeostazie*. Se înțelege prin aceasta capacitatea organismelor superioare de a-și menține, cu ajutorul diferitelor mecanisme de reglare, un echilibru funcțional cît mai stabil. Este vorba de întregul complex de fenomene care asigură revenirea „automată" la normal după orice modificare a echilibrului organic, datorită fie exercitării anumitor funcții curente, fie efortului, fie reacției față de condiții neobișnuite de mediu sau față de agresiunea unor factori patogeni. Expresia cea mai banală a homeostaziei este păstrarea temperaturii constante a corpului de către animalele superioare.

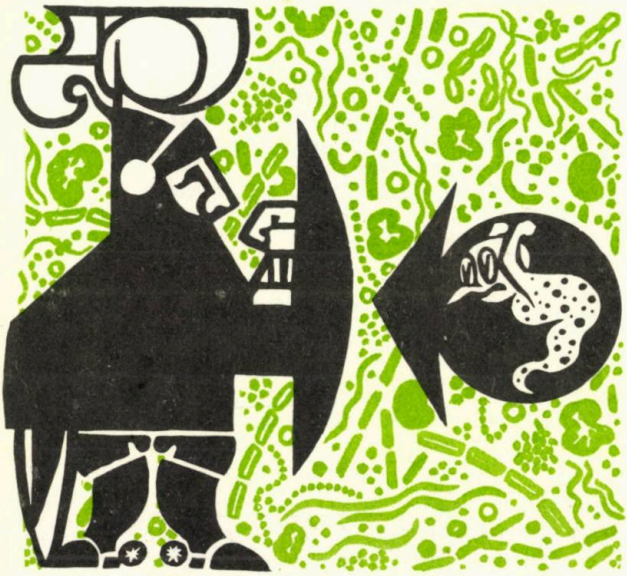
Fără îndoială că tendința organismului de a se menține într-o anumită stare de echilibru fusese observată și recunoscută de multă vreme. Medicii antici vorbeau despre „forța vindecătoare a naturii", înțelegînd prin aceasta capacitatea organismului bolnav de a se însănătoși în mod spontan, fără aplicarea vreunui tratament. Discipolii lui Hipocrate erau chiar de părere că datoria medicului este aceea de „a ajuta natura" prin folosirea unor procedee terapeutice cît mai blînde și „inofensive", care nu contrariază eforturile naturii ; de aceea practicienii de demult preferau să rămînă în „expectativă", asistînd aproape pasivi la desfășurarea cursului bolii, în speranța că „natura atotștiutoare" va realiza de la sine însănătoșirea.

Trebuie arătat că acești străvechi medici și biologi identificau „natura" cu o „forță vitală" imaterială și deci insesizabilă prin mijloacele de care dispune omul de știință. Astfel, armonizarea funcțiilor și coordonarea activității organismului apărea ca un proces misterios, dirijat de o inteligență superioară, ceea ce dădea frîu liber speculațiilor spiritualiste și chiar teologice.

O asemenea stare de lucruri devenise incompatibilă cu progresele înregistrate în ultimul secol de științele medico-biologice. Împreună cu mulți alți savanți, Cannon are meritul de a fi demonstrat modul în care izbutește organismul, fără intervenția nici unei forțe conștiente exterioare, să-și mențină echilibrul necesar exercitării funcțiilor vitale și supraviețuirii în condiții care deseori sînt departe de cele obișnuite.

Curînd după ce a obținut titlul de doctor în medicină la Universitatea din Haward, Cannon și-a dovedit calitățile de experimentator prin lucrările sale în domeniul radiologiei, realizînd, în 1898, opacizarea cu bismut a stomacului de broască. Dar celebritatea avea să o obțină datorită studiilor pe care le-a întreprins timp de decenii asupra sistemului nervos vegetativ. Noțiunea aceasta fusese introdusă încă din pragul secolului al XIX-lea de către ilustrul anatomist și biolog francez Xavier Bichat, dar abia după 1900 au fost clarificate mecanismele biochimice și rolul adaptativ al nervilor simpatici și parasimpatici.

O mare importanță prezintă, din acest punct de vedere, cercetările lui Cannon privind fiziologia emoției. El a arătat că secreția sporită de adrenalină în caz de durere, spaimă, mînie sau alte „stări emoționale" determină o întreagă înlănțuire



de fenomene, cum ar fi : încetarea contracțiilor intestinale, dilatarea pupilei, intensificarea circulației sîngelui, grăbirea respirației, sporirea cantității zahărului din sînge, creșterea excitabilității mușchilor etc., toate aceste fenomene favorizînd reacțiile de apărare în fața primejdiilor din afară. Iată deci că organismul dispune de un ansamblu de mecanisme care asigură unitatea de acțiune a tuturor funcțiilor biologice în toate împrejurările.

Către sfîrșitul vieții, Cannon a efectuat cercetări referitoare la substratul stării de șoc. În condițiile speciale ale celui de-al doilea război mondial, aceste cercetări au avut o incontestabilă valoare practică.

În aceeași perioadă în care savantul american își desfășura investigațiile privitoare la mecanismele emoției și la homeostazie, în țara noastră au efectuat studii oarecum înrudite clinicianul și fiziologul Daniel Danielopolu.

În 1928, el a formulat, cu totul independent de Cannon, folosind o argumentare originală și urmărind obiective deosebite, teoria echilibrului organic prin „antagonism interstimulant", realizat la nivelul sistemului nervos vegetativ. Anticipînd anumite teze fundamentale ale ciberneticii, Danielopolu a arătat că echilibrul funcțional se dobîndește prin acțiunea unor forțe contrarii. Avînd un substrat nervos și endocrin, aceste forțe se manifestă, potrivit împrejurărilor, fie prin stimulare și însumare, fie prin atenuare și frînare ; se realizează astfel un sistem de forțe antagoniste, constituind o unitate dialectică în continuă modificare, potrivit necesităților adaptării la condițiile de mediu.

În 1944, Danielopolu a publicat în limba franceză lucrarea *Sistemul nervos al vieții vegetative*, în care sintetizează rezultatele cercetărilor sale în direcția aceasta. Din nefericire, datorită și piedicilor pe care războiul le ridica în calea schimbului de informații științifice, această operă a eminentului medic și biolog român nu a avut ecoul pe care îl merita. Abia acum i se recunosc lui Danielopolu meritele excepționale în deschiderea unor drumuri noi pentru cercetarea medico-biologică, cercetare care beneficiază tot mai mult de fundamentul teoretic și mijloacele de investigație oferite de cibernetică.

Nu trebuie uitat că cibernetica însăși, această știință de esență matematică a legăturilor, comenzilor și controlului în sistemele tehnice și biologice, a fost elaborată pornindu-se de la studiul fenomenelor de autoechilibrare și autoreglare, caracteristice pentru organismele vii. Procesele biologice descoperite și descrise de Cannon, Danielopolu și alți biologi, au procurat lui Norbert Wiener și colaboratorilor săi cea mai importantă sursă de inspirație la constituirea impozantului edificiu științific al ciberneticii.

Dr. G. Brătescu

MIRIAPODUL BOLNAV

fabulă

Miriapodul într-o zi,
De reumatism se-mbolnăvi,
Și-avea dureri mari la picioare,
Dar nu știa bietul la care,
Fiindcă avea o sută, nouă,
Nu cum au toți oamenii, două.
Urmînd un sfat dat de-un inculț,
Chemă o vulpe la consult,
Expertă-n leacuri zis bătești
Și farmece vrăjitorești.

Și vulpea, cum e vulpea hoață,
L-a consultat la suprafață
Și i-a prescris o alifie
Din ou de sturz în agonie,
Din pipotă de pitpalac
Și limbă rasă de brotac.
Dar tratamentul indicat,
Deși a fost perfect urmat,
Miriapodul cel netot,
Acum a-nțepenit de tot.

În fabula aceasta mică,
Destul de înțeleaptă, cică,
MORALA e usturătoare :
„UNDE NU-I CAP, VAI DE PICIOARE"

Gabriel Teodorescu

CATARTICA ANTICĂ

PRECURSOAREA MEDICINII PREVENTIVE ȘI A IGIENEI

Astronomia științifică a luat naștere, precum se știe, din astrologie — pseudoștiința care căuta să afle viitorul din mișcarea astrelor pe cer —, așa după cum alchimia a zămislit în decurs de secole de căutări ale pietrei filozofale, chimia modernă. Tot astfel medicina preventivă și igiena au fost precedate de o străveche disciplină, practicată în lumea Mediteranei cel puțin din mileniul al II-lea î.e.n., de așa-numita catartică.

Numele ei derivă de la adjectivul grec catharos, *care înseamnă pur, curat, neprihănit și care avea la început doar un sens material, înainte de a dobîndi unul moral și spiritual. Catartica era deci „știința" purificării, curățirii.*

De fapt viața spirituală a popoarelor arhaice și a celor din antichitate a fost dominată, într-o mare măsură, de distincția fundamentală între sacru *și* profan. *Sacrul era un atribut extrinsec al unei ființe, al unui obiect, sau al unui loc și putea să adere de un om, de un animal, de un pom, de o piatră, de un deal ori de un munte și astfel deveneau* „tabu", *interzise, prohibite, datorită sacralității lor, sfințeniei lor, corespunzînd divinului. Dar pentru aceste societăți arhaice sau antice nu numai* sacrul *trebuie deosebit net de profan, ci într-o măsură egală era imperios necesar de făcut o distincție clară între* pur *și* impur, *atribute ale unor ființe, obiecte sau locuri care nu se suprapuneau cîtuși de puțin sacrului și profanului. Dar sacrul avea unele relații cu impurul, pentru că amîndouă erau prohibite, interzise și amîndouă constituiau un pericol pentru individul din societățile vechi.*

Desigur, a existat în cele mai vechi societăți umane o intensă preocupare pentru curățenia corporală și a sălașului, și aceeași tendință o găsim ca instinct chiar la foarte multe specii de păsări sau mamifere.

Cu toate acestea, foarte multe popoare nu au acordat curățeniei corporale grija cuvenită și o serie de populații turcice sau mongole nu se spălau niciodată în tot decursul vieții lor, la fel ca și triburile Kubu din Sumatra. Pentru alte popoare arhaice sau antice, murdăria, impuritatea corporală, dar și a locuinței sau a obiectelor de care se foloseau, constituia cauza fundamentală nu numai a multiplelor boli, dar, mai ales, a marilor nenorociri și necazuri cu care erau întîmpinați uneori.

Astfel, asiro-babilonienii erau încredințați că alături de ei mai trăiește o lume paralelă, o lume de demoni, de duhuri rele și bune. Această convingere pare să se fi format la asiro-babilonieni, datorită frecventelor fenomene de fata morgana din deșerturile situate în preajma Tigrului și a Eufratului, care înfățișau pentru aceste popoare viziuni fantomatice ale unei lumi ireale. Cert este că asiro-babilonienii afirmau că aceste duhuri rele îi murdăreau și le pricinuiau tot felul de boli sau de nenorociri, de care nu puteau scăpa decît prin purificări, curățiri frecvente. De aici și rolul important pe care îl avea purificatorul, *personaj numit* maşmaşu, *de către mesopotamieni, pe jumătate vrăjitor, pe jumătate vraci sau preot. Se credea că există un „război nevăzut" între lumea invizibilă a demonilor și oameni, iar mijloacele eficiente de luptă împotriva demonilor le reprezentau purificările. Murdărirea consta în atingerea cu sînge de om sau de animal, a cadavrelor, a substanțelor în stare de putrezire și în contactul cu un mare număr de animale considerate „spurcate", dar și în atingerea unor indivizi suferind de „lepră", prin acest termen înțelegîndu-se un mare număr de afecțiuni cutanate. În această categorie mai intrau și suferinzii de gonoree sau alte afecțiuni contagioase. Purificările la asiro-babilonieni se făceau cu ajutorul apei, a untdelemnului, a focului și a fumului de sulf, iar zeul* Ea, *al apei, supraveghea purificările prin apă, pe cînd zeul* Gibil *trebuia să vegheze peste purificările prin foc. Tot zeul* Ea *se îngrijea și de purificările prin ulei, rostindu-se, totodată, lungi descîntece însoțite de un ritual gestic complicat.*

Canaaneenii, locuitori ai Siriei şi ai Palestinei, au preluat de la asiro-babilonieni, alături de numeroşi zei, şi multe rituri de purificare, iar textele de la Ugarit (Ras-Şamra), descoperite în 1930, dau multe informaţii despre catartica feniciană. În poemele rămase din Ugarit citim însă că purificările se făceau şi cu „grăsimea pămîntului", care, într-o ţară bogată în petrol cum este Siria de azi şi Irakul vecin, nu putea fi decît petrolul care ţîşnea în anumite locuri din străfundurile pămîntului la suprafaţă. Un alt rit de purificare la canaaneeni era prin presărare de pămînt peste trupul celuia ce trebuia purificat.

Cărţile sacre ale iudeilor enumeră în amănunţime cele ce sînt impure şi ritualurile de purificare ce trebuiau îndeplinite, prescriind, în special, frecvente băi de curăţire, expunere la soare, spălarea mîinilor. Regulile de purificare iudaice erau foarte stricte şi se păzeau cu multă severitate. Şi pentru iudei anumite animale erau considerate impure, motiv pentru care carnea lor nu putea fi mîncată. De asemenea, gunoiul şi substanţele putrezite, urina de om şi de animal, cadavrele umane erau socotite impure, ca şi „leproşii", adică suferinzii de diferite afecţiuni cutanate.

Unele secte ebraice, cum erau esenienii, se purificau zilnic printr-o baie comună.

În Egiptul antic puritatea era condiţia esenţială pentru a putea intra în temple sau pentru a sluji pe zei. Preoţii de cel mai jos rang se numeau web, *adică „puri" şi în acest scop trebuiau să facă o baie de două ori pe zi, şi de două ori pe noapte. Aceeaşi obligaţie aveau, dealtfel, toţi preoţii în Egiptul antic. În plus, ei trebuiau să se radă pe cap şi pe tot corpul odată la trei zile, spre a înlătura insectele şi perii de prisos, raderea făcîndu-se de bărbieri sacri, ataşaţi templelor. Dar preoţii egipteni care trebuiau să fie puri între puri nu aveau voie să poarte decît veşminte din pînză de in şi sandale din papirus şi nu din piele. În afară de acestea, o listă interminabilă de animale erau socotite că murdăreau pe toţi egiptenii ca, de exemplu, măgarul sau cămila, animale ale zeului Seth, zeul dezordinii şi al răului. Egiptenilor li se interzicea să mănînce capul unui animal sau carne de berbec — animalul zeului Amon — sau gîşte — pasărea zeiţei Iris, precum şi foarte numeroase specii de peşti. Totuşi, catartica egipteană are ca specific prevenirea întinării, prihănirii omului, prin păstrarea celei mai perfecte purităţi rituale, prin îmbăieri frecvente şi curăţiri corporale cu plante de tipul saponaria, dar şi cu* natron, *săruri de sodiu şi de potasiu aflate în regiunea Wadi Natron, la apus de Delta Nilului.*

La grecii vechi, catartica apare destul de tîrziu. Despre riturile de purificare se pomeneşte în a doua jumătate a mileniului I, iar divinităţile invocate în aceste rituri erau divinităţi subpămîntene, unele cu nume semit, cum era zeul Meilichios (din melek = *rege, în limbile semite) sau zeul Apotropaios (care înlătură, îndepărtează răul).*

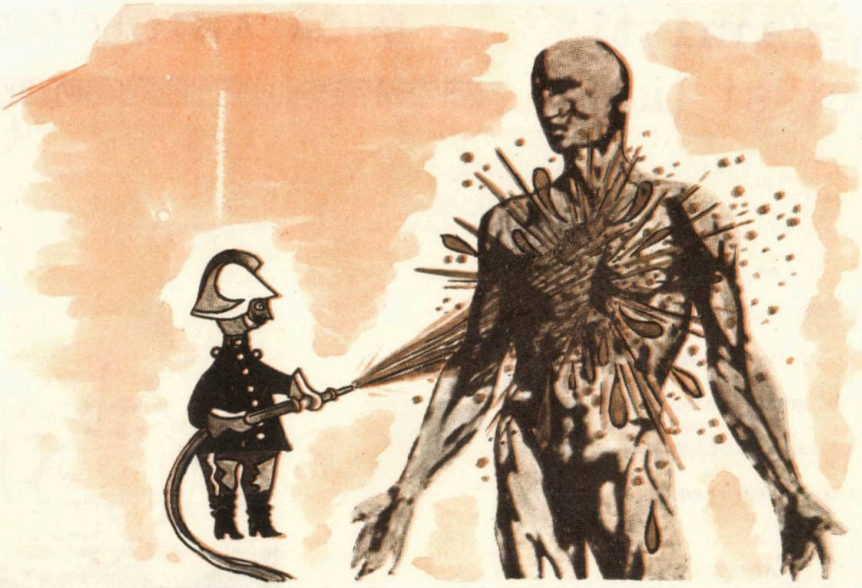
Oracolul şi templul de la Delfi veghea la efectuarea riturilor de purificare. S-a observat că din celebra scriere a lui Hesiod „Munci şi zile", care a apărut în secolul al VIII-lea î.e.n. în Beoţia, lipsesc cu desăvîrşire practicile de purificare, ceea ce ne îndreptăţeşte să credem că la greci catartica s-a dezvoltat foarte tîrziu.

Dar în a doua jumătate a mileniului I î.e.n., catartica greacă se răspîndeşte în toate statele-oraşe greceşti din Mediterana, făcîndu-se purificări dese prin apă curgătoare, în special apă de izvor, de mare sau de rîu.

Cînd întinarea era gravă, se făcea purificarea cu apă din şapte izvoare (numărul şapte avînd un caracter sacru) sau din patrusprezece izvoare.

Adesea se făceau purificări prin fum de pucioasă, dar şi prin ulei sau prin aplicare de smochine (practică pur semită de vindecare a rănilor şi a abceselor), în special smochine negre.

Din tradiţiile vechi greceşti se ştie că în secolul al VII-lea trăiau catarţi purificatori *care pretindeau că vindecă toate bolile prin înlăturarea murdăririi din om,*



dată de demoni. Mai tîrziu Pitagora (în sec. al VI-lea) şi Empedocle (în sec. al V-lea), acesta din urmă autor al unui tratat intitulat Katharmoi *(„Purificări"), ca şi orficii, discipolii lui Orfeu tracul, disting şi mai categoric purul de impur, impunînd ucenicilor lor o serie de ritualuri complicate menite să-i menţină puri, neprihăniţi, precum şi o alimentaţie vegetală, fără bob şi carne de porc. Dar atît Pitagora, cît şi Empedocle îşi dezvoltă sistemele lor filozofico-teologice, pornind de la practici catartice existente înaintea lor.*

Cam în acelaşi timp cu catartica greacă apare şi cea a romanilor. În fiecare an la romani, luna februarie era ultima lună a anului şi totodată luna purificărilor. Pe de altă parte, odată la cinci ani se efectua o mare ceremonie catartică, denumită lustrum, *în faţa întregului popor strîns pe cîmpul lui Marte.*

Termenul lustrum *trebuie pus în corelaţie cu latinescul* lux, lucis = *lumină, deoarece la romani lumina soarelui era agentul purificator prin excelenţă, aşa cum şi la greci zeul Apolo al soarelui, adorat la Delfi, era cel ce veghea asupra purificărilor.*

Constatăm, aşadar, că în lumea Mediteranei, catartica impune purificări, curăţiri, spălări şi îmbăieri, care reprezintă, fără îndoială, măsuri de igienă şi de medicină preventivă cu milenii înainte ca aceste discipline medicale să fi luat naştere. Dealtfel, în climatul cald şi umed al ţărilor de pe ţărmurile Mediteranei, în aglomerările orăşeneşti din polisurile greceşti, feniciene sau mesopotamiene, catartica, prin aplicarea unor măsuri de curăţenie şi de elementară igienă, a reuşit să preîntîmpine multe epidemii şi să permită dezvoltarea atîtor cetăţi antice, cu o populaţie densă şi înghesuită între zidurile strîmte ale vechilor centre urbane.

Dealtfel, civilizaţia urbană din Mesopotamia, din Fenicia, din Egipt şi din Grecia sau din coloniile greceşti a putut să înflorească doar datorită difuzării catarticei în toată aria bazinului mediteranean.

Dr. **C. DANIEL**
medic principal psihiatrie
Policlinica „Batiştе"

Epigramiști greci și latini

MICĂ ANTOLOGIE

ANONIM

LUI ESCULAP ȘI PLATON

Tu Esculap, fiul lui Phébus, noi te cinstim
cum se cuvine,
Că pentru trupurile noastre, cel mai bun
medic doar tu ești.
Dar și cu Platon, filozoful, noi ne purtăm
la fel de bine,
Mărețul Platon e un medic... al sufletelor
omenești.

ANONIM

LUI HIPOCRATE

Dacă Peon * îți scrie, cum văd eu,
Rețetele, nu e nici o scofală.
Cu ajutorul lui, nu este greu
Să vindeci pe bolnavi de orice boală.

* Peon era doctorul zeilor și locuia în Olimp.

PUBLILIUS SYRUS (circa 85—circa 43 î.e.n.)

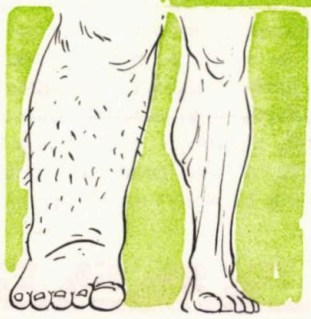
SFAT DAT UNUI PRIETEN

Cînd ești bolnav, la medic aleargă prea
iubite.
Și nu te du la vraciul ce face pe deșteptul.
Că boala se strecoară pe căi mai ocolite,
Dar n-are nici o teamă să intre și de-a
dreptul.

CLAUDIUS CLAUDIANUS (circa 370—circa 404 e.n.)

UNUI BOLNAV DE PODAGRĂ, CARE MĂ ACUZĂ CĂ FAC VERSURI ȘCHIOAPE

Te vaiți întruna de picioare
Și tu mereu ești pus pe rele.
Ba, cîteodată, ești în stare
Să critici versurile mele.
Ba zici că nu prea țin măsura,
Că am destule versuri șchioape
Și văd că-i dai mereu cu gura,
Încît m-ai amețit aproape.
Cînd ai picioarele umflate
De o podagră rea, ia spune,
Tu crezi că nimenea nu poate
Să aibă și picioare bune ?



Traducere de Gabriel Teodorescu

Bolnavul în fața propriei suferințe

În contextul marilor prefaceri revoluționare, medicinii îi revine un rol dintre cele mai importante, și anume acela de a înlătura factorii care produc boala, de a o preveni, de a combate în mod eficient afecțiunile cu largă răspîndire, într-un cuvînt de a promova și a menține starea de sănătate — rațiunea însăși a medicinii. Dar nu este suficient numai de a se acorda asistență : un lucru esențial și tot atît de important este acela de a ști să-ți menții sănătatea. De aceea, fiecare om este dator să cunoască tot ceea ce este esențial despre boala sa, cauzele care au determinat-o, să poată aprecia rezultatul tratamentului administrat, ca și riscurile neglijării acestuia.

Este vorba, așadar, despre atitudinea bolnavului față de boală și față de sfaturile și indicațiile medicului.

Uneori, această atitudine a bolnavului este hotărîtoare în ceea ce privește evoluția bolii. Sînt boli a căror evoluție naturală nu pune probleme deosebite, nu cere bolnavului o preocupare intensă și îndelungată. Așa se întîmplă, de exemplu, în cazul bolilor acute, cum ar fi : pojarul necomplicat, cele mai multe stări gripale, cele mai multe pneumonii virale, în cazul durerilor de cap nesistematizate etc. Asemenea boli cer un minim de îngrijire, rezolvîndu-se într-o perioadă scurtă.

Cu totul alta este situația în cazul bolilor cronice, unele incurabile sau greu curabile ca : diabetul, bolile cardiovasculare, reumatismale, insuficiențele renale cronice, hepatitele cronice, hemopatiile etc. În asemenea cazuri, atitudinea și comportamentul bolnavului sînt cel puțin tot atît de importante ca și tratamentul însuși. Astfel, respectînd întocmai regimul de viață indicat, la bolnavul diabetic nu vor fi afectate nici durata și nici calitatea vieții. Același lucru se poate spune în cazul hipertensiunii arteriale, care poate fi stăpînită, devenind neagresivă în 80% din cazuri.

Infarctul de miocard este o boală care poate să dureze între 30 de secunde și 30 de ani. Bolnavii care supraviețuiesc 30 de ani după prima criză de infarct înseamnă că au înțeles anumite probleme și au respectat anumite reguli.

În insuficiențele renale cronice — excluzînd stările grave, terminale — un regim alimentar adecvat și dozarea eforturilor în raport cu gradul de atingere renală pot asigura echilibrări și supraviețuiri remarcabile. Aceleași lucruri se pot spune despre hepatita cronică, despre steatoza sau degenerescența grasă a ficatului, ca urmare a abuzului de băuturi alcoolice, în care se poate împiedica apariția cirozei ficatului. Bolile reumatice pot fi și ele influențate de atitudinea și modul de viață al bolnavilor.

Iată de ce fiecare individ trebuie să-și cunoască boala, să posede cît mai multe cunoștințe medico-sanitare, pentru a putea evita un lung șir de neplăceri. Această problemă este cu atît mai importantă, cu cît bolile cronice și diferite tulburări fiziopatologice sînt programate, de cele mai multe ori, cu 10—15 ani înaintea apariției simptomelor de boală. Înrădăcinarea unor practici nesănătoase, o viață nerațională, refuzul de a lupta cu boala atunci cînd consecințele negative sînt clare, înseamnă un *risc acceptat*. Există, așadar, o responsabilitate a individului față de propria lui sănătate. Astăzi, cînd numărul celor care posedă tot mai multe noțiuni despre boli a crescut, se poate vorbi, pe drept cuvînt, despre „libera alegere a bolii". Cînd facem aceste afirmații, nu uităm că există și *factori ereditari*. De foarte multe ori însă, aceștia operează ca tendințe, ca înclinații, predispoziții către o boală sau alta. Se poate lupta organizat, sistematic. Pentru ca asemenea tendințe să nu se materializeze în boală sînt necesare unele măsuri, o atitudine responsabilă, deoarece *ereditatea înseamnă risc și nu destin.*

Dacă luăm ca exemplu hipertensiunea arterială, se știe că această boală atinge pînă la 20% din populația adultă. Ereditatea hipertensivă, favorizată de o viață neraționalâ, poate crește riscul de îmbolnăvire la 90%. Sînt concludente unele date ale Organizației Mondiale a Sănătății referitoare la atitudinea populației față de această boală : jumătate nu știu că sînt bolnavi, un sfert se tratează și numai 1/8 se tratează corect. În această situație, este important să se ia în considerație factori ca supraalimentația sau alimentația neraționalâ, fumatul, băuturile alcoolice, abuzul de medicamente, lipsa exercițiilor fizice etc. Pe de altă parte, emoțiile puternice — pozitive sau negative — stările tensionale psihonervoase, stresurile de diferite intensități devorează sănătatea multor oameni. Lipsa de prevedere, comoditatea de a lăsa totul în ultimul moment, duce la o cursă aprigă contracronometru, care se poate dovedi devastatoare pentru sistemul nervos, pentru aparatul cardiovascular sau digestiv. În ultimul timp se discută tot mai mult, în afară de poluarea fizică și chimică în mediul de muncă, și despre *poluarea psihologică*. Atmosfera care domnește într-un colectiv are influențe directe asupra stării de sănătate. De aceea, este de datoria fiecărui membru din colectivitate să contribuie la o ambianță psihologică adecvată muncii eficiente și apărării integrității fizice și psihice. Ar fi greșit să se considere anumiți parametri realizați cu prețul unei poluări psihologice drept achiziții incontestabile.

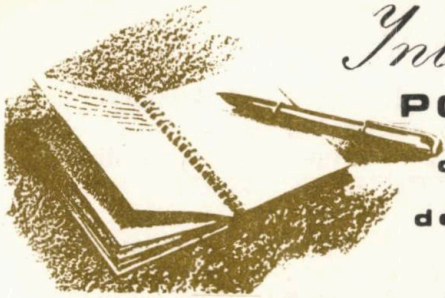
Cele menționate atrag atenția asupra necesității apărării sănătății înainte ca boala să apară. Pentru aceasta este necesar ca publicul larg să fie familiarizat cu ideea de *factor de risc* și cu măsurile generale care se impun pentru ca acești factori de risc să nu devină operanți. Este deci de dorit o participare sporită și responsabilă a populației nemedicale la înțelegerea și promovarea problemelor de sănătate, la combaterea bolilor, la respectarea indicațiilor tratamentelor de întreținere în bolile cronice.

De foarte multe ori, după o perioadă de acutizare a unei boli cronice tratate la domiciliu, la policlinică sau la spital, deși se fixează anumite măsuri menite să prevină recidivele, complicațiile sau acutizările, aceste măsuri nu sînt aplicate. O insuficiență cardiacă necesită o digitalizare permanentă și un anumit regim de viață ; o hepatită cronică necesită pe lîngă un regim alimentar și evitarea eforturilor ; un infarct de miocard cicatrizat impune o revizuire a modului de viață premergător accidentului cardiac. Și totuși, mulți bolnavi ignoră acest lucru. Ei acceptă tratamentul sau se supun restricțiilor un timp limitat, după care urmează recăderi, bolnavii fiind nevoiți să se reinterneze, de obicei în situații mai grave decît se aflau la internarea precedentă. Un exemplu concludent ni-l oferă persoanele cu steatoză hepatică. În acest stadiu pot să rămînă timp nelimitat, cu condiția de a nu consuma băuturi, căci altfel ajung la ciroză, ceea ce poate duce în cîteva luni la complicații adesea fatale. A continua consumarea de băuturi înseamnă, în asemenea cazuri, o sinucidere lentă, iar numărul acestor sinucideri este mare. Nici un fel de medicament nu poate compensa ravagiile alcoolului pe un ficat deja sensibilizat. Același lucru se poate spune despre fumatul la coronarieni sau arteritici : nici un coronarodilatator sau vasodilatator nu are efect dacă se continuă fumatul.

Mulți bolnavi, a căror viață a fost salvată uneori cu prețul unor mari eforturi, au năruit într-un moment de necugetare tot ceea ce s-a construit cu emoție și migală.

Să învățăm deci să ne păstrăm sănătatea, respectînd măsurile celor care sînt chemați să vegheze la apărarea ei cu competență și dăruire.

Prof. dr. doc. **C. Gh. Dimitriu**



Interviu cu prof. dr. doc.

POP D. POPA IOAN

șeful Clinicii de chirurgie cardiovasculară de la Spitalul Fundeni

despre:

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

În ultimii ani se semnalează în lume o creștere a incidenței hipertensiunii arteriale (H.T.A.) la populația de ambele sexe, în special la grupa de vîrstă 30—50 de ani. Boala are un debut ce trece deseori neobservat, iar complicațiile sale constituie una din cele mai frecvente cauze de deces și de invaliditate, în majoritatea țărilor.

În ciuda progreselor înregistrate în terapeutică și a unor eforturi conjugate făcute de oamenii de știință pentru stăvilirea răspîndirii acestei maladii, ea însumează încă multe necunoscute atît în ceea ce privește diversitatea formelor de manifestare și complexitatea factorilor de risc, cît și în ceea ce privește influența asupra unor organe și sisteme din afara aparatului cardiovascular.

Preocupată de combaterea acestei probleme importante de sănătate publică, Organizația Mondială a Sănătății a ales hipertensiunea arterială ca temă a Zilei mondiale a sănătății, înscrisă sub genericul: „Atenție la tensiunea dumneavoastră".

— Ce a determinat alegerea temei din acest an, ca obiectiv al Zilei mondiale a sănătății: „Atenție la tensiunea dvs." ?

— Nu mă surprinde nici întrebarea și nici alegerea temei. După cum este cunoscut, bolile cardiovasculare sînt declarate inamicul public nr. 1 al societății moderne, ele reprezentînd 37% din morbiditate și 50% din mortalitatea generală, în majoritatea țărilor avansate din lume. În cadrul patologiei, hipertensiunea arterială, cu procentul ei foarte crescut, a determinat în unele țări chiar înființarea unor comitete de luptă națională contra acestei boli. Ea este, prin ea însăși, periculoasă, dar reprezintă, în același timp, *primum movens* în apariția altor suferințe, ca cele coronariene, cerebrovasculare sau vasculare periferice etc. Totuși, trebuie reținut că boala hipertensivă este o afecțiune care poate fi făcută inofensivă și stăpînită, iar permanentizarea ei, cu disconfortul bine cunoscut urmat de complicații, constituie, în general, urmarea unor tratamente conduse ori efectuate incorect sau tardiv.

— Care sînt factorii de risc incriminați în apariția hipertensiunii arteriale inclusă și ea în rîndul maladiilor secolului XX și ce grupe de vîrste sînt mai afectate cu predilecție ?

— Factorii de risc în boala hipertensivă sînt îndeobște comuni cu ai altor boli cardiovasculare, dar aș dori să reținem atenția asupra celor mai importanți: terenul și viața modernă, mediul înconjurător.

În ceea ce privește terenul, se știe că fiecare om se naște cu un cod genetic, în cadrul căruia se crede că o grupare de gene ar fi cele ce condiționează nivelul tensiunii medii, imprimînd totodată și unele caractere de reactivitate psihică, endocrină și nervoasă la anumiți stimuli nespecifici. Această grupare, biciuită de factorii de mediu, poate deveni declanșatoare a acestei boli. La rîndul lor, viața modernă și mediul înconjurător, prin multitudinea factorilor stimulanți pe care îi însumează, reușesc să crească reacțiile dealtfel normale ale organismului, la limite patologice. Dintre

aceştia, stresul este cel faţă de care organismul reacţionează postagresiv, generînd răsunete polivalente în sistemele de reacţie. Poluarea de orice fel (chimică, luminoasă, sonoră), surmenajul, viaţa sedentară, obezitatea, lipsa de mişcare fizică, supraalimentaţia, aportul mare de sare, excesele culinare de orice fel, folosirea alcoolului şi tutunului — ca apanaje ale vieţii moderne — reprezintă tot atîţia factori ce formează elemente potenţiale de declanşare a bolii. În această conjunctură, cascada evenimentelor din mediul înconjurător sau microclimatul socioprofesional sensibilizează terenul, inducînd stimularea factorilor responsabili şi homeostazici.

Raportul participării terenului faţă de mediu în mecanismul declanşator al hipertensiunii ar fi de 1 la 4, de unde conchidem că participarea mai importantă în acest proces o are mediul înconjurător, care „nu cunoaşte vîrste" şi „nu ţine seamă de sex". Am putea spune deci că nu este scutită nici o vîrstă, din primul an de viaţă şi pînă la adînci bătrîneţe, însă cel mai frecvent afectată este vîrsta activă.

— Deoarece există două mari categorii de hipertensiune ale căror semne nu totdeauna sînt evidente în fazele de debut, de ce posibilităţi dispunem astăzi pentru descoperirea lor timpurie ? S-ar putea vorbi de unele presemne clinice ?

— Hipertensiunea, ca boală, poate fi de două feluri : pulmonară şi arterială. Astfel, cea pulmonară, care este în general rezultanta unor tulburări hemodinamice în circulaţia mică şi este depistabilă prin semne de electrocardiogramă de încărcare ventriculară dreaptă, precum şi prin semne radiologice pe plămîn şi inimă, poate fi la rîndul ei primitivă şi secundară. Cea de a doua mare categorie de hipertensiune, cea arterială, se referă la circulaţia arterială. Ea poate fi de două feluri : esenţială şi secundară. Hipertensiunea esenţială sau primitivă are un caracter însă prea puţin cunoscut şi ar reprezenta grupa cea mai numeroasă a bolnavilor, în timp ce forma secundară, aterosclerotică, suprarenală, coexistă cu malformaţii congenitale. Dar fără a ne impresiona aceste tipuri de hipertensiune, descoperirea lor în general poate fi sau rezultatul unui act întîmplător (controlul periodic absolut necesar în diverse ocazii şi perioade ale vieţii), sau urmarea cercetării medicale pentru unele suferinţe pe care bolnavul le acuză : cefalee, senzaţie de cap plin, ameţeli, vertij, palpitaţii, dureri precordiale, dispnee, furnicături în extremităţi etc. Totodată, luarea tensiunii arteriale pune în mod obişnuit în evidenţă creşterea maximei şi minimei în anumite limite, pe care noi le cuantificăm ca hipertensiuni uşoare, medii sau grave.

— Ţinînd seama de efectele nefaste ale acestei maladii — efecte imediate şi tardive — ce ne puteţi relata despre complicaţiile sale şi relaţiile cu celelalte aparate şi sisteme ale organismului ?

— Boala hipertensivă poate exista solitară, creînd un cadru de suferinţă, dar în acelaşi timp poate fi cauza unor tulburări sau complicaţii, cum ar fi : cardiopatia ischemică, accidentele cerebrovasculare, suferinţele nervoase şi cele vasculare periferice etc. Dealtfel, este un lucru bine stabilit că frecvenţa complicaţiilor în această boală este direct proporţională cu valoarea cifrelor de hipertensiune. Cu cît cifrele sînt mai mari, cu atît morbiditatea şi mortalitatea este mai mare şi invers. În consecinţă, secretul înlăturării complicaţiilor este stăpînirea bolii.

— În ce constă, în general, tratamentul medicamentos, chirurgical (atunci cînd este cazul) şi igienodietetic al hipertensiunii arteriale ?

— Tratamentul bolii hipertensive este o problemă deosebit de complexă şi desigur nu putem avea pretenţia să epuizăm acest subiect în acest interviu. În principiu însă, el poate fi igienodietetic, medicamentos şi chirurgical, depinzînd de forma hipertensiunii.

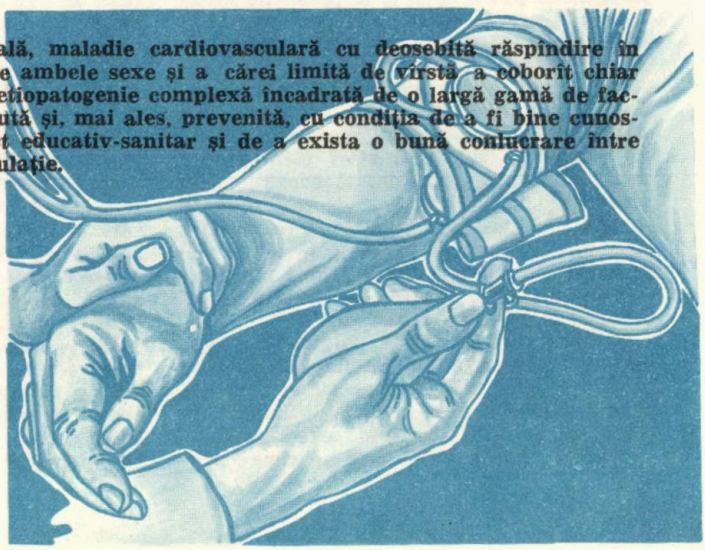
Se va reţine că cei ce au un teren predispus (au avut în familie bolnavi vasculari) vor trebui să ducă o viaţă pe cît posibil ferită de acţiunea factorilor stresanţi şi favorizanţi de mediu, cu toate că nu este un lucru tocmai uşor. În plus, reducînd excesele alimentare şi în special sarea, alcoolul, tutunul, grăsimile şi zahărul, asociate şi cu o psiho-autoeducaţie, cum spune poporul nostru „de a nu pune totul la inimă", se realizează o profilaxie bună. De asemenea, educaţia fizică, înlăturarea sedentarismului, plimbările în aer curat şi mişcarea fizică, în general, sînt un bun adjuvant al tratamentului medicamentos. Cît priveşte folosirea medicamentelor antihipertensoare — vasodilatatoare, diuretice şi sedative — deşi această problemă reprezintă un capitol important în tratarea bolii, ea este înscrisă în obligativitatea profesională a medicului de specialitate şi el hotărăşte, de la caz la caz.

În încheiere, mi-aş permite să afirm că tratamentul chirurgical care se aplică şi la noi în ţară dă bune rezultate în hipertensiunile secundare.

— Enumeraţi-ne cîteva măsuri profilactice care se impun a fi luate pentru stăvilirea creşterii numărului de îmbolnăviri prin hipertensiune, cît şi a complicaţiilor.

— În cadrul măsurilor profilactice — pe care dealtfel le-am amintit — se mai impun o serie de măsuri, cum sînt : înlăturarea factorilor de risc sau diminuarea într-o măsură cît mai însemnată a efectului acestora asupra organismului, prin respectarea normelor de control şi de viaţă, practicarea sportului, a mişcărilor în aer liber, combaterea abuzului alimentar şi de toxice, precum şi folosirea la cei predispuşi a unei terapii sedative „de scoatere din priză", contra permanentului stres ce caracterizează viaţa modernă şi, bineînţeles, neignorarea controlului medical periodic.

Hipertensiunea arterială, maladie cardiovasculară cu deosebită răspîndire în rîndul populaţiei, care atinge ambele sexe şi a cărei limită de vîrstă a coborît chiar şi sub 30 de ani, deşi are o etiopatogenie complexă încadrată de o largă gamă de factori de risc, poate fi combătută şi, mai ales, prevenită, cu condiţia de a fi bine cunoscută de populaţie sub aspect educativ-sanitar şi de a exista o bună conlucrare între corpul medico-sanitar şi populaţie.



Realizator
Dr. Gh. M. Gheorghe

Ce sînt palpitațiile?

Dr. **N. Crângulescu**

Clinica medicală, Spitalul „Colțea"

De foarte multe ori, unii bolnavi se plîng de „palpitații" sau „bătăi de inimă", care îi fac să fie neliniștiți și îngrijorați de starea sănătății lor.

După definiția clasică dată de Laennec și Potain, palpitațiile sînt bătăi de inimă simțite de bolnav. În mod normal, omul sănătos nu-și simte bătăile inimii, dar cînd acestea pătrund în cîmpul conștiinței, vorbim de palpitații. Cu alte cuvinte, palpitațiile sînt un simptom subiectiv, constînd în perceperea bătăilor inimii de către individ.

Din această definiție rezultă că acest simptom funcțional nu trebuie pus neapărat pe seama unor tulburări de ritm, aspectele variate ale palpitațiilor fiind determinate de unii factori, cum ar fi : creșterea forței de contracție a inimii, accelerarea și perturbarea ritmului. Pentru ca palpitațiile să apară pe plan clinic este necesar un grad de excitabilitate mărită a sistemului nervos. Așa se explică de ce palpitațiile pot apărea și la persoane sănătoase în cursul unui efort fizic sau sub influența unei emoții puternice. În unele cazuri, palpitațiile pot apărea la un individ al cărui ritm cardiac este normal. În această situație, este vorba de o acuitate exagerată a sensibilității, datorită adesea surmenajului sau unei stări psihice speciale. De multe ori, această senzație este percepută de individul în cauză, cînd se găsește în stare de repaus și, în special, cînd este singur. Alteori, palpitațiile reprezintă simptome reflexe, adică manifestări la distanță, legate de suferința sau tulburarea altui organ sau aparat.

Semnificația clinică a palpitațiilor este variată. Prezența lor nu implică în sine existența unei afecțiuni organice a inimii și nici măcar a unei aritmii (tulburare de ritm) sau a unei afecțiuni extracardiace.

Printre bolile extracardiace care provoacă palpitații figurează : nevroza, hipertiroidismul, tuberculoza pulmonară, anemia, colecistopatiile cronice și dispepsiile. Aparatul gastrointestinal, de exemplu, reprezintă originea cea mai comună a acestor palpitații. Orice tulburare gastrointestinală poate determina palpitații, dar în special cele de natură funcțională. Astfel, o dispepsie banală sau distensiile gazoase ale stomacului și colonului, în special cele ale unghiului colic stîng, se însoțesc adesea de palpitații. Diskineziile biliare se întovărășesc frecvent de aceste senzații. Unele afecțiuni pulmonare, cum ar fi, de exemplu, tuberculoza pulmonară în perioada de început, pot provoca în mod reflex senzația de palpitație. De asemenea, se întîlnesc palpitații în unele tulburări renale (colici renale, nefroptoze) sau afecțiuni utero-ovariene. Alteori, palpitațiile survin ca un simptom de asociere într-o serie de tulburări endocrine, care se însoțesc de un dezechilibru neurovegetativ, cum ar fi hipertiroidismul și discriniile ovariene. Hemoragiile sau anemiile se pot însoți, de asemenea, de palpitații. Uneori, palpitațiile sînt de origine toxică, ca cele întîlnite la fumători, la etilici sau la cei care fac abuz de ceai sau cafea.

Deoarece survin foarte frecvent sub influența factorilor extracardiaci, multă vreme au fost considerate drept un simptom banal. Din cele expuse, reiese că semnificația clinică a palpitațiilor este destul de variabilă, în raport cu fiecare caz în parte. Aceasta l-a determinat pe Potain să afirme că : „bolnavii care ne consultă pentru palpitații nu sînt cardiaci".

În realitate, majoritatea bolilor de inimă se însoțesc de palpitații, dar mai ales acelea cu tulburări de ritm. Cardiacii au rareori ca singur simptom palpitațiile, ele fiind asociate cu dispneea de efort, durerile precordiale etc. Este necesar să men-

ționăm că un bolnav cu o afecțiune cardiacă poate prezenta uneori palpitații de origine reflexă sau de natură neurogenă, deci fără nici o legătură cu afecțiunea respectivă. Dar în cazul în care bolnavul ne relatează instalarea bruscă, paroxistică a palpitațiilor, semnificația acestora sugerează un atac de aritmie paroxistică (tahicardie paroxistică, fibrilație sau flutter atrial paroxistic).

Trebuie subliniat faptul că, dacă adesea palpitațiile nu sînt în legătură cu o afecțiune cardiacă organică, atunci cînd survin la un cardiac sau la un individ în aparentă sănătate și care a depășit vîrsta de 40—50 de ani, ele trebuie analizate cu multă atenție, putînd constitui uneori un prim simptom de avertisment al unei tulburări cardiace, adesea importante, al unei cardiopatii organice. De aceea, considerăm ca foarte instructiv aforismul lui Lian: „bolnavul care ne consultă pentru palpitații trebuie considerat anticipat ca purtătorul unei cardiopatii și această presupunere să nu o părăsim, decît după o examinare amănunțită a inimii".

Fiind vorba de o senzație subiectivă și deseori diagnosticul stabilindu-se retrospectiv, anamneza (chestionarea bolnavului) prezintă o importanță deosebită în interpretarea palpitațiilor.

Toate tulburările de ritm constituie sindroame ce pot apărea în cardiopatii diverse, cu etiologii diferite, multe din ele chiar în absența unei cardiopatii organice.

Palpitațiile pot fi astfel expresia unor tulburări de ritm ale inimii (aritmii), variind de la cele mai simple și fără importanță pînă la cele mai grave pentru funcția inimii și deci pentru viață. Ele se pot pune în evidență atît la examenul clinic, cît și la înregistrarea electrocardiografică. În această situație, palpitațiile, sub formă de bătăi puternice, frecvente și regulate, ce se instalează și dispar progresiv, cu o frecvență care nu depășește 130—150 de bătăi/minut, exprimă o tahicardie sinuzală.

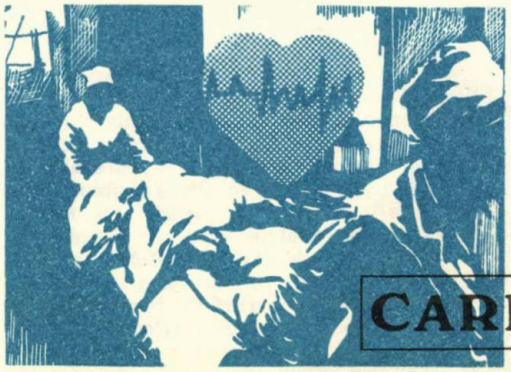
Tahicardia sinuzală nu este întotdeauna o manifestare patologică și cu atît mai puțin dovada unei cardiopatii. La baza tahicardiei sinuzale pot sta unele cauze comune, cum ar fi: fiziologice (efort, emoții, expunere la căldură, digestie etc.), suferințe generale (boli febrile, anemie, hipertiroidie, dureri violente), medicamentoase-toxice (atropină, simpaticomimetice), vegetative (inimă iritabilă, astenie neurocirculatorie etc.), cardiovasculare (insuficiență ventriculară stîngă, miocardite acute, infarct miocardic, șoc de diverse cauze). Semnificația tahicardiei sinuzale este dependentă de cauza ce o produce. Tahicardia la cardiaci are în general repercusiuni hemodinamice defavorabile, peste o anumită limită, debitul cardiac scăzînd prin reducerea diastolei, deci a umplerii ventriculare.

Perceperea unor bătăi neregulate sau a unei intermitențe din cînd în cînd, ca și a oricăror senzații anormale precordiale de foarte scurtă durată (o clipă) trebuie considerată ca expresie a extrasistolei. Extrasistolele sau sistolele sînt simptome mai marcate la tinerii nevrotici. Relatarea bolnavilor este foarte polimorfă, descriindu-le ca o senzație de lovitură în dreptul inimii, senzație de val la nivelul gîtului și capului. Alteori, este resimțită pauza extrasistolică ca o senzație de „oprire a inimii", de „vid cerebral". Palpitațiile determinate de extrasistole sînt mai dureroase.

Sînt situații cînd bolnavul are accese de palpitații foarte frecvente și regulate (160—220 de bătăi/minut), cu durată de la cîteva minute la cîteva ore sau chiar zile și săptămîni. Accesele apar brusc, printr-o lovitură puternică în piept, iar frecvența cardiacă sare tot brusc la 160—220 de bătăi/minut, sau chiar mai mult, pentru a persista nemodificată pe toată durata accesului. Această regularitate absolută nu este influențată de repaus sau efort și este extrem de caracteristică. În acces bolnavul se plînge de palpitații sub formă de bătăi frecvente și regulate, este palid, transpirat. Oprirea accesului este la fel de bruscă, bolnavul revenindu-și repede la normal, atît din punct de vedere subiectiv, cît și din punct de vedere hemodinamic. Un astfel de acces sugerează o tahicardie paroxistică supraventriculară. Accesele se pot repeta cu frecvență variată de-a lungul anilor sau deceniilor.

Palpitațiile care apar, de asemenea, brusc, dar sînt neregulate, sugerează însă o fibrilație atrială paroxistică.

Așadar, după cum reiese, descrierea corectă și amănunțită de către bolnav a palpitațiilor și a modului lor de apariție, răbdarea și meticulozitatea medicului în momentul anamnezei, precum și examenul fizic sînt elemente de mare importanță pentru diagnosticarea palpitațiilor și depistarea cauzelor care le-au generat. Tratarea cu superficialitate a palpitațiilor constituie o mare greșeală. În spatele lor se poate ascunde — după cum am văzut — o tulburare de ritm, care în cazul unor cardiopatii organice poate duce la apariția sau agravarea insuficienței cardiace. De aceea, persoanele care au palpitații, înainte de a-și administra medicamente la întîmplare sau după sfaturi mai puțin competente, este bine să se prezinte la medic. Acesta este singurul în măsură, ca în urma consultului medical, a efectuării unei electrocardiograme și a altor investigații suplimentare, să stabilească un diagnostic corect și să instituie un tratament medicamentos și igienodietetic adecvat.



Progrese în CHIRURGIA CARDIOVASCULARĂ

Chirurgia cardiovasculară este o specialitate nouă, reprezentînd un progres, o disciplină de vîrf a medicinii. Ea cunoaşte astăzi un succes deosebit şi reuşeşte să rezolve aproape 80% din bolile cardiace care nu sînt curabile medical.

În acest sens, în Clinica de chirurgie cardiovasculară a Spitalului „Fundeni", numai în anul precedent au fost operaţi 1 781 de bolnavi, cu o mortalitate comparabilă cu alte centre internaţionale. În afara operaţiilor pe cord deschis, în care se includ protezări valvulare unice sau multiple, se rezolvă o serie de cazuri prezentînd trilogii, tetralogii, pentalogii Fallot, tumori cardiace, anevrisme etc.

O ultimă realizare a acestei specialităţi o constituie tratamentul chirurgical al insuficienţei coronariene. Această boală — declarată pe drept cuvînt inamicul societăţii moderne — înscrie o rată de mortalitate mare şi o reducere considerabilă a speranţei de supravieţuire a unei largi categorii de bolnavi, în permanentă creştere. La declanşarea ei contribuie terenul, modul de viaţă, alimentaţia, stresul, fumatul şi o multitudine de factori necunoscuţi. Boala, prin caracterul ei neprevăzut — ameninţarea permanentă cu accidentul acut ischemic, localizat în limitele vîrstelor celor mai active — creează perimetrul unor preocupări în lumea chirurgicală, de natură să rezolve insuficienţa coronariană cronică şi acută, precum şi urmările ei, cum ar fi : infarctul miocardic, anevrismul ventricular şi sechelele sale. În esenţă, este vorba despre cele două artere coronare şi ramurile acestora, care asigură nutriţia miocardului cu sînge oxigenat şi material energetic.

Dar pentru a cunoaşte mai exact care sînt necesităţile inimii, este necesar să menţionăm unele aspecte din activitatea acestui organ „cheie" al corpului omenesc.

Astfel, într-un minut inima se contractă de 72 ori, în 60 de minute de 4 320 ori, iar în 24 de ore de 103 680 de ori.

Făcînd calculul într-un an, ajungem la impresionanta cifră de 37 843 200 de ori, iar în 70 de ani, la 2 849 024 000 de ori.

Înmulţind cifrele respective cu cîte 50—60 ml cît pompează inima adultă la o contracţie, se apreciază că totalul de sînge pompat în 70 de ani de către o inimă ar fi egal cu aproximativ de 20 de ori cantitatea de apă din lacul Cişmigiu, iar energia pe care inima o consumă în 70 de ani de viaţă este egală cu energia ce o consumă o locomotivă care urcă 50 de vagoane pe muntele Coştila, sau energia consumată de o macara care ar ridica un bloc cu 4 etaje şi 70 de apartamente la un metru înălţime de sol.

În aceste condiţii, inima nu poate fi privată de circulaţia sanguină, de unde şi explicaţia mortificării zonelor ce nu sînt irigate. Existenţa unui obstacol, cum ar fi ateromul (depozit de colesterol), scade lumenul şi implicit cantitatea de sînge ce nutreşte miocardul. Or acesta, fiind în permanentă activitate şi necesitînd irigaţie cu sînge oxigenat, ajunge la hipoxie, ceea ce aduce după sine modificări de tip ischemic în structura muşchiului inimii, apărînd infarctul miocardic.

După extinderea sau localizarea infarctului, bolnavul poate să rămînă sau nu în viaţă, cu suferinţe mai mari sau mai mici.

Metodele de tratament medicamentos cu coronarodilatatoare, oxigenoterapie, anticoagulante şi antiaritmice dau rezultate doar o perioadă de timp, după care sau se efectuează tratamentul chirurgical pentru a aduce pe noi căi surse de irigare, sau acci-

dentul acut — infarctul cu urmările lui binecunoscute — se produce inevitabil.

Operația constă în realizarea unor artere coronare noi, sub forma unei punți, care aduce sînge din aortă sau din altă sursă a circulației sistemice și îl revarsă în porțiunea permeabilă a arterei coronare (deci sub obstacol).

Implantările pot utiliza vene proprii (safena internă care se recoltează de la coapsa bolnavului), precum și artere artificiale (Goretex), nou apărute în practica medicală. Se poate executa astfel un pontaj arterial (tehnică de refacere a continuității lumenului unei artere cu ajutorul protezelor plastice) la un număr de 1 pînă la 5 artere, asigurînd în acest mod reirigarea miocardului ischemic. În lume, astfel de operații au depășit numărul de o sută de mii, cu o rată de mortalitate foarte scăzută, ceea ce reprezintă un mare succes, înregistrat, dealtfel, și în Clinica de chirurgie cardiovasculară „Fundeni".

Se pune atunci întrebarea: urmările accidentelor acute — infarctul de miocard — poate beneficia de ajutorul chirurgiei cardiace?

Răspunsul este afirmativ în formele în care tratamentul medical nu poate stăpîni evoluția evenimentelor, prezent fiind șocul cardiogenic, inima poate fi ajutată prin aerisirea mecanică a circulației cu ajutorul balonului de contrapulsație, introdus prin artera femurală. În majoritatea cazurilor, după angiocardiografia selectivă, se poate trece la un by-pass (tub din material plastic folosit pentru înlocuirea unor segmente arteriale sau pentru scurtcircuitarea unui segment arterial obliterat) de urgență, asociat sau nu — după caz — cu infarctectomia (extirparea zonei necrozate din inimă). Și astfel, numeroși bolnavi au fost salvați.

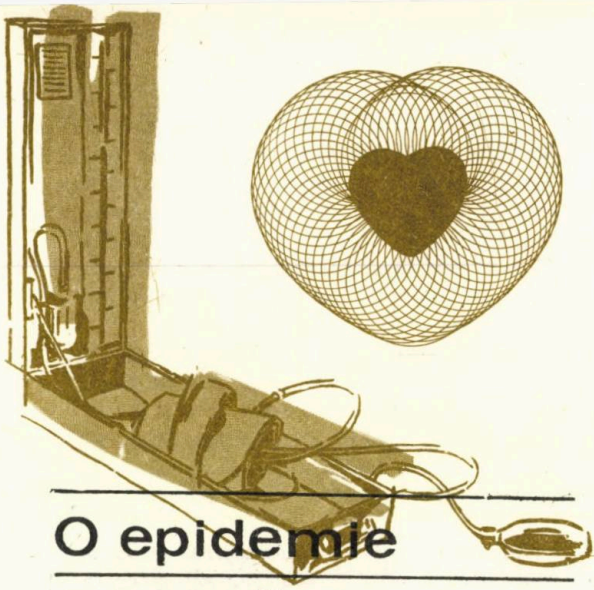
Leziunile vechi de infarct, cicatrizate și fibrozate, care se transformă în zone akinetice (lipsite de mișcare), fiind țesut mort, care își pierde rezistența sau care bombează sub forma unor „anevrisme", pot fi de asemenea incizate, refăcînd peretele inimii prin coaserea țesutului sănătos la țesut sănătos.

Desigur, este de dorit să nu se ajungă la astfel de situații, fiind necesară, în acest sens, profilaxia bolii coronariene și acolo unde este depistată să se trateze medical sau chirurgical mai înainte să apară complicațiile regretabile pe care le-am menționat.

Chirurgia cardiacă românească are sarcina de a rezolva în mod curent și acest tip de îmbolnăviri, recuperînd astfel un mare număr de suferinzi, a căror rezolvare, cu puțin în urmă, nu era posibilă la noi în țară. Clinica de cardiologie și chirurgie cardiovasculară „Fundeni" are create condiții similare cu centre internaționale de a rezolva toate afecțiunile, nemaifiind necesară trimiterea bolnavilor în alte țări pentru a fi operați.

Deși ne aflăm la început de drum, considerăm realizările dobîndite pînă acum ca o cucerire importantă a științei medicale românești, fapt subliniat de numeroase personalități ale chirurgiei cardiovasculare din lume, care ne-au vizitat sau au operat cu noi și care și-au înscris opiniile pozitive în cartea de aur a clinicii.

Prof. dr. doc.
POP D. POPA IOAN
Șeful Clinicii de chirurgie cardiovasculară „Fundeni"



O epidemie a epocii contemporane

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Conf. dr. **Pompiliu Popescu**

Spitalul clinic al municipiului Bucureşti

Studiile epidemiologice efectuate pe mari colectivităţi şi urmărite în timp au scos la iveală, prin datele statistice prezentate, faptul că hipertensiunea arterială este actualmente boala cu cea mai mare incidenţă. Pe drept cuvînt este denumită „cea mai mare epidemie" a epocii contemporane.

Se consideră că 15—20% din populaţia adultă are cifre tensionale care se găsesc la limitele superioare ale normalului sau le depăşesc.

În raport cu vîrsta, se apreciază că după 40 de ani o treime din indivizi au o tensiune arterială de graniţă între normal şi anormal sau evident crescută, în timp ce la persoanele care au depăşit vîrsta de 50 de ani, această situaţie se constată în proporţie de 50%.

Incidenţa cea mai mare a hipertensiunii arteriale se întîlneşte în ţările cu nivel social-economic ridicat, ceea ce a făcut pe unii cercetători să afirme că hipertensiunea arterială este o boală a „civilizaţiei contemporane".

Aceleaşi studii epidemiologice ne-au pus la îndemînă unele date interesante în ceea ce priveşte atitudinea indivizilor faţă de boală. Astfel, s-a evidenţiat faptul că aproape 20% nu ştiau că au hipertensiune arterială, iar dintre cei care cunoşteau, nu toţi se aflau sub tratament şi nici nu se controlau în mod corespunzător pentru ca acesta să poată fi eficient.

Aspectele dezvăluite de anchetele epidemiologice sînt explicate, în bună parte, de faptul că boala evoluează o perioadă de timp — uneori destul de lungă — fără simptome care să avertizeze pe bolnav sau să-l oblige să respecte în mod riguros tratamentul prescris.

Importanţa hipertensiunii arteriale pentru om şi societate

Hipertensiunea arterială nu este o boală benignă, această afirmaţie fiind demonstrată de către datele furnizate de cercetările epidemiologice şi statistica matematică, date care stau la baza medicinii preventive.

Astfel, bolnavii hipertensivi au o longevitate mai redusă pentru toate vîrstele şi pentru ambele sexe, în comparaţie cu persoanele normotensive. Hipertensiunea arterială constituie un factor de risc major pentru cardiopatia ischemică (angina de piept, infarctul miocardic), riscul fiind direct proporţional cu cifrele tensionale crescute şi, în acelaşi timp, poate produce complicaţii grave, cum sînt: insuficienţa cardiacă, accidentele vasculare cerebrale (hemoragii cerebrale), insuficienţa renală şi altele.

Ţinînd seama de cele arătate şi de faptul că hipertensiunea arterială afectează grupe de vîrstă compatibile cu o activitate fizică şi intelectuală intensă, boala capătă dimensiuni social-economice, constituind o problemă de sănătate publică în ţările în care frecvenţa ei este mare sau foarte mare.

Pentru combaterea hipertensiunii arteriale sînt luate măsuri care vizează prevenirea bolii, descoperirea ei în faza incipientă şi tratamentul corespunzător, în cazurile în care este manifestă. Un loc important în cadrul acestor măsuri îl ocupă educarea populaţiei în vederea stabilirii unei cooperări strînse între medic şi pacient, fără de care nu se pot obţine rezultatele dorite.

Boala poate fi prevenită ?

Pentru a preveni apariţia unei boli, trebuie cunoscute cauzele care o produc şi, în consecinţă, evitarea acestora.

În cadrul hipertensiunii arteriale, numai într-un mic număr de cazuri se cunosc factorii cauzali ca, de exemplu : boli endocrine (tiroidă, glandele suprarenale), boli ale rinichiului (nefrite acute și cronice, pielonefrite, anomalii ale arterelor renale etc.), boli cardiovasculare (stenoza de istm aortic, insuficiența aortică) și altele. Hipertensiunile care au la bază aceste suferințe sînt denumite hipertensiuni secundare.

În marea majoritate a cazurilor este vorba însă de așa-zisa hipertensiune arterială esențială, în care nu se cunosc în mod precis mecanismele de producere. Se cunosc, în schimb, o multitudine de factori care pot favoriza apariția bolii.

În prima eventualitate, hipertensiunea poate fi prevenită, făcînd profilaxia bolilor care o determină sau tratînd prompt și corect bolile respective, pentru a le vindeca și a normaliza astfel tensiunea arterială.

În a doua eventualitate, profilaxia bolii este mai complexă. Printre factorii favorizanți, un rol de seamă îl are predispoziția ereditară (existența hipertensiunii arteriale la ascendenți). Acest fond ereditar se intrică însă cu factori de mediu căpătați, care pot fi influențați, în sensul eliminării lor prin măsuri adecvate. Dintre aceștia, cei mai importanți sînt : alimentația prea bogată în sare (consumul crescut de sare are un rol indiscutabil în creșterea tensiunii arteriale), obezitatea, sedentarismul, fumatul excesiv și stresurile nervoase. Așadar, persoanele cu un astfel de teren ereditar trebuie să adopte un mod de viață igienic, care să le pună la adăpost de influența factorilor de mediu supraadăugați.

Acțiunea dusă împotriva factorilor de mediu căpătați trebuie începută cît mai curînd posibil, chiar din copilărie, rolul familiei putînd fi hotărîtor în această privință. Atenția va fi îndreptată către o alimentație cu valoare calorică corespunzătoare, pentru a nu crește greutatea corporală peste limitele normale ; se va elimina excesul de sare în prepararea alimentelor și se vor evita alimentele cu un conținut crescut de sare. De asemenea, atenția se va îndrepta asupra unei educații care să încurajeze activitatea fizică regulată în aer liber, sub diferite forme, precum și asupra creării unui climat afectiv care să contribuie la menținerea unui echilibru nervos stabil.

La toate acestea, trebuie adăugat că, un control medical periodic pentru măsurarea presiunii arteriale este obligatoriu. Descoperirea hipertensiunii arteriale într-o fază incipientă facilitează tratamentul, asigurînd o evoluție favorabilă.

Tratamentul curativ al hipertensiunii arteriale

Diagnosticul de hipertensiune arterială se stabilește pe baza măsurării cifrelor tensionale. În general, valorile tensionale la individul normal sînt variabile în raport cu diverse condiții frecvent întîlnite în viața curentă, cum ar fi : eforturi fizice sau intelectuale, emoții, digestie, poziția corpului etc. De aceea, măsurarea tensiunii arteriale trebuie făcută de mai multe ori în condiții de repaus fizic și calm.

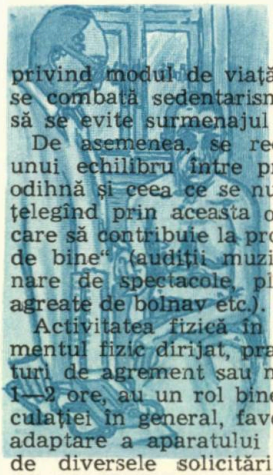
●

Cifrele tensionale normale pentru un individ adult au fost stabilite de Organizația Mondială a Sănătății, evident cu un oarecare coeficient de variație, la 140 mm Hg pentru tensiunea maximă și 90 mm Hg pentru tensiunea minimă.

În cazul persoanelor situate la granițele normalului, este necesar să se efectueze mai multe controale repetate la intervale stabilite de medic, pentru a se putea afirma sau infirma prezența bolii.

Din momentul în care boala hipertensivă a fost depistată, tratamentul trebuie început fără întîrziere. După cum s-a mai menționat, tratamentul nu poate fi cauzal, deci boala nu poate fi vindecată pe deplin ; în schimb, ea poate fi stăpînită, cu alte cuvinte împiedicată să evolueze printr-un tratament corespunzător, indicat de medic, cu condiția de a fi respectat timp de mai mulți ani sau chiar toată viața.

Tratamentul este instituit în funcție de stadiul evolutiv al bolii, pe baza examenului medical și al analizelor efectuate în laboratoarele de specialitate. Numai în cazurile complicate, spitalizarea este necesară. Tratamentul implică măsuri generale



privind modul de viață. Astfel, trebuie să se combată sedentarismul și obezitatea și să se evite surmenajul intelectual și fizic.

De asemenea, se recomandă stabilirea unui echilibru între programul de lucru, odihnă și ceea ce se numește relaxare, înțelegînd prin aceasta o activitate plăcută, care să contribuie la producerea unei „stări de bine" (audiții muzicale, lecturi, vizionare de spectacole, plimbări prin locuri agreate de bolnav etc.).

Activitatea fizică în aer liber, antrenamentul fizic dirijat, practicarea unor sporturi de agrement sau mersul pe jos zilnic 1—2 ore, au un rol binefăcător asupra circulației în general, favorizînd o mai bună adaptare a aparatului cardiovascular față de diversele solicitări. Este demonstrat faptul că valorile tensionale sînt mai scăzute la cei cu activitate fizică mai intensă.

În ce privește regimul alimentar, acesta are ca obiective principale adaptarea valorii calorice a alimentelor consumate la nevoile organismului, în așa fel încît să nu ducă la o creștere a greutății corporale, ci să o scadă, în caz de exces ponderal, precum și reducerea consumului de sare. Scăderea consumului de lichide la cei care reduc sarea din alimentație nu este necesară. În schimb, trebuie evitat abuzul de cafea.

Fumatul însă constituie un factor de risc care se adaugă hipertensiunii în favorizarea producerii aterosclerozei.

În același context trebuie interpretată existența unei hipercolesterolemii, care trebuie combătută printr-un regim riguros, sărac în grăsimi animale.

În ce privește tratamentul medicamentos, acesta conține un număr din ce în ce mai mare de substanțe cu acțiune hipotensoare. Numai medicul va decide tratamentul adecvat fiecărui bolnav, precum și dozele zilnice. Bolnavul va trebui să păstreze o legătură strînsă cu medicul specialist, în vederea ajustării dozelor în funcție de rezultate, a schimbării medicamentelor sau adăugării altora în funcție de mersul bolii și de reacțiile organismului față de tratamentul prescris.

Schimbarea locului de muncă sau a profilului profesional este utilă numai în cazurile în care s-a demonstrat existența unor factori ce influențează negativ evoluția bolii, acest aspect fiind rezolvat printr-o cunoaștere aprofundată a bolnavului și a condițiilor sale de muncă.

Prin respectarea normelor igieno-dietetice și terapeutice, printr-o colaborare strînsă bolnav-medic, majoritatea hipertensivilor pot duce o viață practic normală atît pe plan social, cît și familial.

Ateroscleroza

boală ce poate fi prevenită

Dr. N. CRÂNGULESCU

Clinica medicală, Spitalul „Colțea"

Cercetări experimentale, clinice și epidemiologice, efectuate mai ales în ultimele două decenii, au adus numeroase date cu privire la răspîndirea și evoluția aterosclerozei în diverse părți ale lumii, la diverse grupe de populație.

Dintre toate afecțiunile legate de alterările metabolice, ateroscleroza și prevenirea ei constituie astăzi o problemă fundamentală a sănătății omului. Este de ajuns să amintim cardiopatia ischemică, care prin manifestările sale clinice — angină

pectorală, infarct miocardic, moarte subită, tulburări de ritm şi insuficienţă cardiacă — constituie cauza cea mai frecventă de mortalitate a adultului din ţările cu standard economico-industrial dezvoltat. Acest proces tinde să fie asemănător şi în ţările în curs de dezvoltare, evoluînd, în general, cu ridicarea nivelului standardului de viaţă.

Ateroscleroza este o afecţiune a vaselor sanguine, în primul rînd a arterelor, care, ca boală, din punctul de vedere al manifestărilor clinice, este o arteriopatie cronică de tip obstructiv. Leziunea aterosclerotică reprezintă manifestarea locală a unui proces general. Astăzi este unanim acceptată concepţia că ateroscleroza este o boală generală, metabolică, în determinismul căreia se acceptă etiologia plurifactorială, în evoluţia căreia se disting mai multe stadii. La originea acestui proces se găseşte un complex de tulburări funcţionale : tulburări metabolice, generale şi arteriale, tulburări circulatorii şi sanguine, nervoase şi endocrine. Unele din acestea pot fi puse în evidenţă prin examenul clinic sau prin procedee curente de laborator.

Leziunea principală anatomică o constituie infiltraţia cu lipide a peretelui arterial. La început, aceste depuneri de lipide (grăsime) se găsesc sub forma unor pete sau striaţiuni de culoare gălbuie. Ele cresc ca întindere şi număr odată cu vîrsta. Prin confluenţa lor se dezvoltă placa aterosclerotică, leziune morfologică tipică a bolii. Aceasta se caracterizează prin îngroşarea, în focar, a ţesutului conjunctiv din peretele arterial la locul leziunii şi prin depuneri de lipide. În fazele avansate, apar procese ulcerative, necrozante, care transformă conţinutul plăcii într-un material cu aspect de terci (**athere**, cuvînt de origine greacă). Suprafaţa internă a peretelui vasului exulcerată se acoperă de trombi (cheaguri sanguine aderente de peretele vasului, care reduc sau obstruează lumenul vascular) şi, frecvent, plăcile aterosclerotice se calcifică.

Tromboza nu este un apanaj strict al fazelor avansate de boală, ea poate apărea şi în stadiile mai puţin înaintate ale bolii.

Leziunile aterosclerotice sînt iniţiate de către o reacţie anormală între lipidele serice şi intima arterială, creînd o serie de modificări ce conduc la formarea plăcilor de aterom în grosimea peretelui şi a altor anormalităţi responsabile de afecţiunea arterială ocluzivă.

Leziunile de tip ateroscleros se întîlnesc în arterele de tip elastic (mari şi mijlocii), iar în ordinea frecvenţei şi a importanţei lor clinice sînt prinse : aorta, arterele coronare, cerebrale, ale membrelor inferioare, organelor digestive, renale etc. În funcţie de localizare, apar semnele şi simptomele bolii.

Interesarea arterelor coronare este cea mai comună şi cea mai serioasă manifestare a aterosclerozei, tradusă clinic prin semnele de insuficienţă coronariană din infarctul miocardic, iminenţa de infarct, angorul pectoris sau moartea subită.

În legătură cu ateroscleroza coronariană, este necesar să subliniem un fapt de o deosebită importanţă practică şi anume, posibilitatea de a putea evidenţia insuficienţa coronariană încă înainte de apariţia simptomatologiei clinice. Astfel, este posibil, cu ajutorul unor mijloace de laborator, în special prin electrocardiografie, balistocardiografie, mai nou, prin coronarografie etc., să se stabilească diagnosticul de insuficienţă coronariană sau coronaropatie obstructivă în perioada preclinică sau de latenţă.

Studiile epidemiologice ale aterosclerozei, în general, şi ale interesării arterelor coronare, în special, arată o foarte mare variaţie în incidenţa şi severitatea acestei boli, în funcţie de : zona geografică, populaţii, modul de viaţă al grupurilor populaţionale etc.

Rezultatele cercetărilor, mai ales cele ale studiilor epidemiologice prospective, au impus interpretării şi practicii medicale noţiunea de factor de risc. Această noţiune cuprinde acele condiţii sau factori (endogeni sau de mediu înconjurător) care influenţează riscul de apariţie a bolii.

Dintre factorii de risc ai mediului înconjurător menţionăm : **alimentaţia** bogată în grăsimi (acizi graşi saturaţi şi colesterol) şi zaharuri (dulciuri) ; **tutunul** (după cum se ştie, incidenţa afecţiunilor coronariene este mai crescută la fumători decît la grupul nefumătorilor) ; **sedentarismul** (activitatea fizică poate întîrzia procesul aterosclerotic).

Factorii de risc endogeni, care ţin de individ, includ : **lipidele serice ; metabolismul lipidelor ; hipertensiunea arterială ; diabetul ; obezitatea ; influenţele hormonale** (incidenţa afecţiunilor arterelor coronare este mai scăzută la femei în perioada de premenopauză, sugerîndu-se că hormonii estrogeni exercită o influenţă de protecţie împotriva aterosclerozei. De asemenea, hipertiroidismul este asociat cu scăderea, iar mixedemul cu creşterea tendinţei la ateroscleroză) ; **stresul** (tensiunea psihică, factorii psihosociali au fost implicaţi ca importanţi factori de risc) ; **factori etnici** (populaţionali, culturali, precum şi ariile geografice).

Cunoaşterea şi identificarea factorilor de risc ai aterosclerozei ne permit să recunoaştem persoanele cu susceptibilitate crescută la îmbolnăvire şi să putem lua măsuri corespunzătoare în stadiul preclinic.

Subliniem însă că nu toţi factorii de risc au un rol în etiologia şi patogeneza bolii. Ateroscleroza este un proces lent, continuu, progresiv. Modificările de tip aterosclerotic apar cu mult înaintea manifestărilor clinice, care, de obicei, sînt expresia unui stadiu avansat, consecinţă a procesului de obstrucţie arterială şi a deficitului de irigaţie corespunzător. Subliniem însă că, de multe ori, complicaţiile majore ale aterosclerozei pot să apară şi în stadii mai precoce, mai incipiente, datorită interferenţei patogenice dintre procesul de aterogeneză şi cel de trombogeneză.

Cercetarea factorilor de risc, cunoaşterea, identificarea şi combaterea acestora este justificată de posibilitatea opririi procesului de atero- şi trombogeneză şi chiar de reversibilitatea leziunilor.

Este cunoscut că leziunile apar foarte de timpuriu, la vîrste relativ tinere şi evoluează lent. Se apreciază, de exemplu, că ar fi necesară o perioadă de 10—20 de ani pînă ce stenoza arterială atinge un asemenea grad încît prin ea însăşi să producă manifestările clinice ale insuficienţei coronariene. De aceea, măsurile de prevenire sînt cu atît mai eficiente, cu cît ele intervin într-un stadiu precoce, timpuriu, al bolii.

În privinţa momentului optim de luare a măsurilor de profilaxie, toţi autorii sînt de acord că cele mai mari şanse de reuşită le are aplicarea tratamentului cît mai devreme posibil, la adolescenţă sau chiar în copilărie. Totodată, populaţia trebuie educată că este nevoie de un anume stil de viaţă şi muncă, de un anume tip de comportament, de respectarea măsurilor igieno-profilactice.

Rezultatele studiilor întreprinse în întreaga lume, posibilitatea diagnosticului precoce al bolii aterosclerotice în stadiul preclinic, eficienţa sporită a măsurilor de profilaxie, ne fac să fim optimişti şi să întrezărim posibilitatea reală de prevenire sau cel puţin de scădere a morbidităţii şi mortalităţii ridicate prin complicaţiile majore ale aterosclerozei, mai ales ale celei coronariene.

INIMA se destăinuie!

— Salut, dragă inimă !

— Mă iei cam cordial. De unde mă cunoşti ! ?

— Din Anatomie.

— Şi ce doreşti de la mine ?

— Să-mi faci unele destăinuiri... şi, hai, nu mă ţine în tensiune.

— Ce ţi-aş putea spune ? Că textierii de muzică uşoară trag mereu de mine, de parcă aş fi de gumă ?

— Inimă, nu fi de piatră !

— Şi, totuşi, nu mi-e clar, ce doreşti de la sufletul meu ?

— În primul rînd, să-mi spui ce faci ?

— Bat !

— Se poate şti pentru cine ?

— Pentru om. Dacă eu nu aş mai bate, el ce-ar face ?

— Un stop cardiac... Te supără ceva ?

— Necazurile omului. Le depune pe toate la mine, de parcă aş fi CEC.

— Şi altceva ?

— Cafeaua, cînd se face abuz.

— De ce te supără ?

— Mă slăbeşte, încît, pînă la urmă, nu mai ţin la bătaie.

— Dar la ţigări ţii ?

— Ţin să nu le mai folosească omul. Pentru mine e bun aerul Carpaţilor cu brazi, nu cu filtru.

— Există şi fără...

— Prefer fără ţigări. Şi fără alcool.

— Cu ăsta ce ai ?

— Păi, cu cît este el mai tare, cu atîta eu slăbesc.

— La urma urmei, ce-ţi place ?

— Viaţa normală, ca să simt şi eu că trăiesc. Fără nopţi albe. Oricît ar publica omul nopţile sale pierdute la „Mica publicitate", nu le mai capătă înapoi.

— Înţeleg încotro baţi.

— Şi n-am dreptate ?... Omul trebuie să se odihnească, bineînţeles, nu la serviciu.

— Cu ce nu te mai împaci ?

— Cu poluarea atmosferei. Atunci simt că sînt în aer...

— Viciat !

— Exact, ăsta este cuvîntul ! Şi s-ar putea ca, pînă la urmă, să mi se înfunde.

— Ce anume ?

— Arterele. Ca şi cele de circulaţie rutieră, şi ele trebuie să fie curate. Şi n-o să apeleze, săracele, la Salubritate, ca să le cureţe din cînd în cînd.

— Dar ce îţi place ?

— Să iubesc şi să fiu iubită. Atunci simt cum cresc...

— În limitele permise de torace.

— Bineînţeles !

— În încheiere, mai ai ceva de adăugat ?

— Aş dori ca discuţia dintre noi să meargă oamenilor la semenele mele de pulsaţie.

— De a-cord !

V. D. Popa

Factori de risc în ATEROSCLEROZĂ

Prof. dr. doc. **Iulian Mincu**

Despre ateroscleroză, „inamicul nr. 1 al epocii contemporane", se vorbește mult în ultimele decenii și nu numai în lumea medicală. Cunoștințele despre această boală au progresat mult în ultimul timp. Se știe astăzi că ateroscleroza, „boala vîrstelor înaintate", începe de fapt cu primii ani de viață, că este o boală care are la origine foarte multe cauze, dar că un rol deosebit îi revine modului de viață al lumii civilizate. Cunoaștem, de asemenea, că mai mult de jumătate din cauzele de mortalitate în lume (55%) sînt reprezentate de bolile cardiovasculare degenerative — ateroscleroza — cu manifestările sale clinice : infarct miocardic, hemoragie cerebrală, arteriopatii ale membrelor inferioare.

Poate mai puțin se cunoaște că 58% dintre bolnavii cu infarct miocardic mor înainte de a primi orice ajutor medical, că infarctul sub vîrsta de 40 de ani apare de 3—4 ori mai frecvent astăzi decît în urmă cu 30 de ani, iar hemoragia cerebrală este de 4 ori mai frecventă sub vîrsta de 50—55 de ani. Se știe, de asemenea, mai puțin de către marea masă a populației că femeile între 20 și 50 de ani fac infarct miocardic într-o frecvență de o femeie la trei bărbați, iar peste 50 de ani, proporția este egală. Aceasta este consecința unei vieți asemănătoare cu a bărbaților în ceea ce privește alimentația, stresul, fumatul etc., într-un cuvînt, factorii de risc sînt aceiași la ambele sexe.

Printre cauzele care duc la ateroscleroză, cele mai importante sînt : alimentația hipercalorică, bogată în glucide rafinate și acizi grași saturați (grăsimi animale), hipertensiunea arterială, fumatul, sedentarismul, stresul psihic, dislipemiile, diabetul zaharat și obezitatea. Tratamentul și combaterea acestor factori de risc pot să înlăture pericolul apariției aterosclerozei.

Pentru combaterea acestui flagel, în întreaga lume se pune astăzi accentul, în primul rînd, pe mijloacele de prevenire.

Astfel, în S.U.A., pe baza unor cercetări epidemiologice efectuate pe grupe mari de populație între anii 1950—1963, s-a ajuns la concluzia că supraalimentația bogată în grăsimi animale, fumatul, lipsa de mișcare, constituie cauza aterosclerozei și a mortalității prin boli cardiovasculare. De atunci, fără să se aplice nici un medicament miraculos, s-a făcut apel la radio, televiziune, presă, afișe, conferințe etc., arătînd că orice abuz, în primul rînd alimentar, poate costa viața, sucombînd prin infarct miocardic sau hemoragie cerebrală la o vîrstă relativ tînără.

S-a ajuns astfel, ca într-o perioadă relativ scurtă (15 ani), mortalitatea prin aceste boli să fie mult mai mică. Ceea ce în S.U.A. s-a aplicat la scară națională fusese remarcat și în studiile unui suedez (Wigand), care într-o cercetare pe populația țărilor scandinave a constatat că mortalitatea prin ateroscleroză a scăzut mult în perioada celui de-al doilea război mondial (1941—1945), datorită lipsurilor alimentare.

Că alimentația bogată în grăsimi animale are un rol atît de nociv reiese și din observațiile făcute în ultimul timp în Carelia, provincie finlandeză, situată într-o regiune pitorească la nord-est de Helsinki. Aici există cea mai mare mortalitate cunoscută în lume prin infarct miocardic. Cercetîndu-se cauzele, s-a ajuns la concluzia că după al doilea război mondial locuitorii din această regiune și-au schimbat complet alimentația. Dacă în trecut mîncau mai puțină carne, mai puțin unt, mai puține ouă, iar laptele îl beau ecremat, astăzi alimentația lor este formată într-o proporție de peste 40—45% din cantitatea calorică totală de grăsimi, dintre care peste 80% sînt

grăsimi animale. La aceasta se adaugă fumatul, sedentarismul, consumul de alcool. Cantitatea de colesterol peste 250 mg% (valoare considerată ca limită superioară a normalului) se găsește la peste 56% din populație, în timp ce, spre exemplu, în Japonia există numai la 7% din populație, aici alimentația cuprinzînd numai 15% din calorii sub formă de grăsimi.

Astăzi se știe că incidența infarctului de miocard este direct proporțională cu consumul de grăsimi animale, iar mortalitatea prin boli cardiovasculare degenerative se datorește supraalimentației.

Este necesar să remarcăm faptul că lipsa de cunoaștere de către populație a riscurilor la care se expune atunci cînd subestimează sau ignoră orice indicație de schimbare a modului de viață este, în cea mai mare parte, responsabilă de victimele aterosclerozei. Ateroscleroza nu poate fi stăpînită și nici învinsă printr-un leac „miraculos". Ea poate numai să fie prevenită printr-o alimentație rațională începută încă din copilărie, prin combaterea fumatului, alcoolului, excesului de sare, sedentarismului, stresului psihic, prin tratamentul hipertensiunii arteriale, diabetului zaharat, obezității, dislipemiilor.

Tratăm boala sau bolnavul ?

Din timpuri foarte îndepărtate dăinuiesc controverse în ceea ce privește tratamentul aceleiași boli la mai mulți bolnavi sau tratarea mai multor bolnavi, avînd aceeași boală. Mai exact spus, controversa se referă la întrebarea : „tratăm boala sau bolnavul ?"

Dacă din punctul de vedere al medicinii științifice lucrurile sînt lămurite, postuiindu-se că „tratăm bolnavul și nu boala", trebuie să recunoaștem că, din păcate, mai persistă în rîndul unei categorii de populație gîndirea simplistă, după care trebuie tratată boala și nu bolnavul.

În calitate de slujitori ai lui Esculap, nu de puține ori ne aflăm în fața unor situații în care constatăm că bolnavii se tratează printr-o automedicație sau la recomandări făcute de persoane care ar fi prezentat cîndva aceeași simptomatologie sau chiar aceeași boală.

Ca un corolar al celor menţionate, se degajă ideea administrării oricărui medicament, pentru orice afecţiune, numai la recomandare medicală ; numai medicul este în măsură să stabilească şi să conducă tratamentul, dozele şi perioada de administrare, pentru a veni în sprijinul bolnavului. Un precept mai vechi spune că „medicaţia ce trebuie administrată unui bolnav, dacă nu reuşeşte să-l ajute, măcar să nu-i dăuneze bolii sale şi să nu-i accentueze suferinţele preexistente".

Deoarece, aceeaşi boală poate îmbrăca o mare variabilitate de forme şi manifestări clinice, pe de o parte, iar pe de altă parte particularităţile fiecărui bolnav obligă la individualizarea tratamentului bolii, ajungem la constatarea că „tratăm bolnavul şi nu boala".

În practica curentă, medicul recurge la individualizarea tratamentului de la caz la caz, chiar dacă suferinţa sau boala acestora este comună, ţinînd seama de existenţa nu a unuia, ci a unei întregi grupe de medicamente, pentru a combate acelaşi simptom sau boală ; de asemenea, nu trebuie uitat că există, incontestabil, o reactivitate individuală la un medicament. În plus, dozele unui medicament administrat pentru obţinerea aceluiaşi efect variază de la un bolnav la altul.

Există, după cum se ştie, medicamente cu efect asemănător ; alegerea unuia sau altuia dintre acestea trebuie făcută însă cu discernămînt. Astfel, unui bolnav care prezintă o boală a sîngelui, însoţită adesea de reducerea numărului de leucocite (globule albe), îi sînt contraindicate, în caz de febră, preparatele de aminofenazonă (piramidon), deoarece acestea au tendinţă de a accentua şi mai mult tulburarea hematologică. În schimb, pentru combaterea hiperpirexiei (stării febrile), acestor bolnavi li se recomandă preparatele cu chinină. De asemenea, bolnavilor cu ulcer gastric sau duodenal nu li se vor recomanda ca antitermice aspirina şi derivatele sale, deoarece, acestea fiind substanţe acide, irită mucoasa gastroduodenală ; ei pot primi în schimb, aminofenazona.

Un alt exemplu, demn de a fi discutat, îl constituie combaterea unor tulburări psihice, manifestate cu stări de agitaţie, anxietate, insomnii. Şi aici, medicul se află în faţa unei întregi liste de medicamente, teoretic eficiente, însă el nu va prescrie niciodată Diazepam unui sugar sau unui bolnav vîrstnic cu glaucom, ci bolnavilor cu glaucom le va recomanda Meprobamat sau Napoton. Acesta din urmă s-a dovedit total contraindicat persoanelor care acuză, pe lîngă tulburarea nervoasă, şi o insuficienţă renală sau hepatică. În acest caz, ţinînd cont şi de celelalte suferinţe ale bolnavilor, numai medicul este singurul în măsură să recomande tranchilizantul sau barbituricul cel mai indicat.

Şi astfel, lista medicamentelor cu efect asemănător, capabile să combată aceleaşi simptome ale bolilor, nu se opreşte aici.

Problema alegerii şi prescrierii medicamentului constituie astăzi o preocupare de seamă pentru medicii practicieni, deoarece rezultatul aplicării lor depinde, în mare măsură, de gradul reactivităţii individuale. Acelaşi medicament, în aceleaşi doze, pentru aceeaşi afecţiune sau pentru acelaşi simptom, poate să aibă la mai mulţi bolnavi efecte diferite. Variabilitatea răspunsului la un medicament este în funcţie de un complex de factori (calitatea medicamentului, doza, momentul şi calea administrării sale), dar locul principal îl ocupă reacţia organismului faţă de acel medicament. Romerganul, spre exemplu, administrat unui bolnav, îi conferă acestuia o stare de somnolenţă, de linişte nervoasă, de potolire a senzaţiei de vomă sau chiar a vărsăturilor (în cazul în care bolnavul le prezenta). Acest tip de răspuns, conform aşteptărilor, este denumit „răspuns ortodox" sau „răspuns terapeutic normal". Acelaşi medicament însă, în aceeaşi doză, administrat unui alt bolnav, nu va duce la rezultatele favorabile menţionate mai sus, ci la un răspuns diametral opus, „răspuns paradoxal", caracterizat prin accentuarea stării de agitaţie psihică şi motorie pe care bolnavul o prezenta anterior administrării medicamentului. Există însă şi posibilitatea ca, la alt bolnav, influenţa medicamentului să nu se facă simţită în nici un mod, deşi dozele au fost riguros respectate : acesta este tipul de „răspuns indiferent" la un anumit medicament. Acest exemplu

— credem — este edificator asupra posibilităților largi de răspuns de care este capabil organismul uman.

Dar utilizarea judicioasă a medicamentelor și individualizarea lor este necesară nu numai pentru obținerea unor efecte terapeutice majore, ci și pentru evitarea unor efecte secundare (reacții adverse), uneori cu consecințe atît de grave încît să depășească în severitate riscul prezentat de boala însăși. Multe din medicamentele folosite în mod nejudicios sau abuziv comportă riscuri, manifestate prin apariția unor fenomene contrare funcțiilor organismului uman, determinate de participarea unor mecanisme variate, dintre care amintim pe cele alergice, anafilactice, idiosincrazice, deprimarea bruscă a funcțiilor hepatice, renale sau ale sistemului nervos.

Cunoașterea utilității medicamentelor, precum și a riscurilor pe care le comportă acestea, constituie cele două fațete ale terapeuticii medicale.

Dacă ne referim chiar și numai la medicamentele uzuale aflate în mai toate căminele noastre, nu putem să nu atragem atenția că o parte dintre acestea se vor administra bolnavilor cu unele precauții, iar altele sînt total contraindicate în anumite situații. Astfel, bolnavilor cu o suferință hepatică cronică, însoțită de insuficiență hepatică, nu li se va administra Clordelazin (Plegomazin), deoarece acesta posedă o certă acțiune hepatotoxică. Medicamentele extrase din opium (Morfina, Codeina, Dionina) nu se vor administra copiilor sub vîrsta de 3 ani, deoarece acestea exercită o acțiune nocivă asupra sistemului nervos central și îndeosebi asupra centrilor respirator și circulator din creier. De asemenea, la copii în prima lună de viață, dozele medicamentelor trebuie reduse, iar administrarea lor se va face la intervale mai mari decît la copilul de altă vîrstă sau la adult, deoarece funcțiile renale și hepatice ale acestora sînt încă imature și în aceste condiții medicamentele pot deveni nocive pentru organism. Este cazul Colimicinei, Ampicilinei, Penicilinei, care în prima lună de viață a copilului nu se administrează la 6, ci la 12 ore, iar dozele utile sînt ușor scăzute față de dozele optime pentru persoanele de altă vîrstă, calculate pe kg de greutate corporală.

Sînt însă unele stări particulare (sarcina) în care sînt interzise cu desăvîrșire unele medicamente, deoarece ele dăunează nu atît mamei, cît viitorului copil. Cazul Thalidomidei — medicament folosit de gravide în unele țări occidentale pentru combaterea vărsăturilor din primele luni de sarcină — este încă viu în imaginea lumii medicale mondiale, prin numeroasele cazuri de malformații, diverse ca localizare și severitate, apărute la descendenții mamelor care au utilizat acest medicament. Mai sînt unele medicamente care nu se administrează mamelor în perioada alăptării, doarece pot, prin lapte, să ajungă în organismul copilului și să-i dăuneze (substanțele opiacee, chinina etc.).

Posibilitățile și riscurile apariției unor neajunsuri legate de tratamentul medicamentos al multor boli au crescut considerabil în ultimii ani, deoarece arsenalul terapeutic s-a îmbogățit, iar consumul de medicamente pe scară mondială este într-o ascensiune îngrijorătoare. Tocmai de aceea se tinde, în ultimul timp, ca după o perioadă de flux, manifestată prin apariția în farmacii a unui număr din ce în ce mai mare de medicamente cu efecte relativ asemănătoare, să urmeze perioada de reflux, de reducere a numărului acestora la strictul necesar, pe care medicina modernă să le stăpînească și să le folosească cu riscuri cît mai reduse.

Relația medic-pacient trebuie să decurgă în cele mai bune condiții, cu acordarea încrederii reciproce ; bolnavul să lase grija ocrotirii sănătății sale pe seama medicului, iar medicul să nu se ocupe numai de boala pacientului său, ci de întregul său complex biologic — somatic și psihic — **„să trateze deci nu boala, ci bolnavul"**.

OCTAVIAN POPESCU

Doctor în științe medicale, medic primar Spitalul de copii „Caraiman", București

DOCTORUL definit de...

UN BUCĂTAR

Un doctor e un om ce îl stimez.
Lucrează ca şi mine, cu reţetă...
De-aceea eu cu el colaborez,
Atuncea cînd prescrie o... dietă.

UN CARDIAC

Un om care soseşte-n toiul nopţii,
Cînd inima din piept este blocată,
Pe care el o face iar să bată,
Smulgînd-o, evident, din gheara morţii.

UN JUDECĂTOR

Un om cu foarte vaste cunoştinţe,
Pe care ştie să le folosească.
La fel ca mine, dă şi el sentinţe,
Dar el, nu are voie să greşească.

DOCTORUL SPECIALIST ÎN CHIRURGIE ESTETICĂ, DEFINIT DE...

UN SCULPTOR

Noi amîndoi lucrăm cu mare artă,
Materia diferă, cum se ştie,
Că eu sculptez în marmură, lemn, piatră,
Şi el sculptează doar... în carne vie.

DOCTORUL ORTOPEDIST, DEFINIT DE...

UN BOLNAV

Un prieten care-ţi vine-n ajutor
Şi care are-n piept un suflet mare,
Atuncea cînd îţi dă cîte-un picior.
Ţi-l dă ca să te pună pe picioare.

CHIRURGUL, DEFINIT DE...

UN CROITOR

Lucrăm, să fim clienţilor în graţii,
Cu acul şi cu aţa, amîndoi.
Eu mai repar, fac şi costume noi,
Pe cînd el face numai... r e p a r a ţ i i.

Gabriel Teodorescu

O ETAPĂ HOTĂRÎTOARE :

primele trei luni de GESTAŢIE

Fecundaţia a avut loc. În acel moment s-a stabilit „destinul" biologic al produsului de concepţie. El are un anumit sex, determinat de cromozomi specifici, de cromozomi de sex X sau Y şi o structură genetică care fac din el un unicat, capabil să reacţioneze particular la solicitările mediului ambiant.

Oul, această celulă care „visează" să devină un copil, are de înfruntat o perioadă dificilă — perioada în care se formează organele, în care, în fond, se definitivează viitorul individ. Este perioada cea mai dificilă, o perioadă nu lipsită de eşecuri. O parte dintre embrioni au o anomalie genetică majoră, o anomalie cromozomială, care va fi eliminată ; este un fenomen firesc întîlnit la toate speciile animale şi pe care, evident, trebuie să-l acceptăm ca atare. O altă parte, mică, are o modificare genetică importantă, compatibilă însă cu viaţa. Embrionul va supravieţui cu preţul unor malformaţii mai mult sau mai puţin severe. Marea majoritate este normală şi va evolua normal dacă nu survin alterări ale mediului intrauterin.

Foarte mult timp s-a crezut că malformațiile congenitale sînt aproape întotdeauna rezultatul acțiunii unor factori de mediu. Acest punct de vedere este însă numai parțial corect. Astăzi, datorită cercetărilor geneticei, se știe că numeroase malformații sînt expresia unei anomalii cromozomiale sau a unei mutații genice.

Aceasta nu înseamnă că mediul nu poate perturba dezvoltarea embrionului, însă rolul acestuia pare mult mai puțin important decît s-a presupus pînă acum. În orice caz, este cert că printre agenții care produc anomalii (agenții teratogeni) se includ factori fizici, chimici și biologici.

Radiațiile ionizante, cum sînt, de exemplu, razele Röntgen, atît de mult utilizate în medicină, constituie unul dintre cei mai puternici agenți mutageni cunoscuți; chiar după iradieri cu doze relativ reduse, apar anomalii ale structurilor genetice. Dar nu cumva iradierea accidentală a embrionului poate duce la apariția unor malformații congenitale? Întrebarea s-a pus de nenumărate ori în medicină. Și răspunsul pare să fie pozitiv. Dar, cu un corectiv, riscul nu este deosebit de mare, în ipoteza în care mama a fost iradiată cu dozele folosite în mod obișnuit în investigarea radiologică.

S-a vorbit foarte mult despre acțiunea malformativă a medicamentelor. În condițiile experimentale, numeroase substanțe sînt într-adevăr teratogene, însă studiile efectuate pe copii anormali demonstrează că numărul acestor medicamente este destul de mic. Ele trebuie bine cunoscute, deoarece sînt interzise tuturor mamelor în primele trei luni de sarcină. Pe primul loc se situează hormonii masculini — testosteronul. Administrați mamei la începutul sarcinii, hormonii de acest fel trec bariera placentară, masculinizînd organele genitale ale fetelor. Perioada de maximă sensibilitate se întinde între a 45-a și a 160-a zi de gestație. După toate probabilitățile, ceilalți hormoni nu au efecte negative asupra embrionului.

O serie de tranchilizante, cum sînt carbamații și benzodiazepinele, au consecințe similare.

Chinina și streptomicina sînt, de asemenea, incriminate în producerea malformațiilor. Astfel, administrate la începutul sarcinii, induc surditate.

Din cele prezentate se degajă însă, o concluzie de maximă importanță: evitarea în perioada gravidității a oricărui medicament care nu are o indicație justificată pe baza unei prescripții medicale.

În decursul anilor s-a vorbit mult despre acțiunea teratogenă a infecțiilor virotice. Astăzi, după numeroase cercetări, se poate afirma cu multă certitudine că numai trei virusuri pot periclita evoluția embrionului, și anume: virusul rubeolei, virusul herpetic și cel al infecțiilor citomegalice. Marea majoritate a malformațiilor congenitale nu cunosc deocamdată o explicație plauzibilă. Deseori se vorbește despre malformații relativ frecvente ca: anencefalia, malformațiile cardiace, luxația congenitală de șold, despicătura palatină și buza de iepure, despre care, în faza actuală a cercetărilor, nu se poate spune decît că apariția lor implică și un coeficient genetic.

Actualmente, cea mai importantă cale prin care putem acționa este descoperirea prenatală a unui număr cît mai mare de malformații congenitale. Cu un coeficient mare de probabilitate, putem depista anencefalia și spina bifida, caz în care în lichidul amniotic apare o substanță cu valoare diagnostică: alfa-fetoproteina. Dar ceea ce este important, aceeași substanță este prezentă și în sîngele mamei, după săptămîna a 16-a de sarcină.

A devenit posibilă investigarea directă a embrionului și foarte probabil, în viitorul apropiat, această metodă se va înscrie printre cercetările de rutină ale medicinii, cînd, desigur, vor putea fi detectate numeroase malformații.

În mod obișnuit însă, genetica stabilește doar riscul reapariției malformației, ceea ce nu ne poate mulțumi pe deplin. Sînt situații cînd o malformație oarecare poate apărea izolat sau poate face parte dintr-un sindrom bine definit. În prima eventualitate, riscul nașterii unui nou copil anormal este redus. Cîteva date concludente vin în sprijinul celor menționate; astfel, după nașterea unui copil cu anencefalie, riscul de a naște un nou copil cu aceeași malformație este doar de 2%. După nașterea a doi copii anormali însă, riscul de a avea încă unul anormal crește semnificativ. Părinții care au un copil cu o malformație congenitală de cord prezintă un risc mic de a avea încă unul cu aceeași anomalie. Uneori însă, nu se știe dacă nu cumva malformația este condiționată de o singură mutație genică și, în acest caz, riscul crește considerabil.

Dar preocupările genetice nu se opresc aici ; sfîrşitul acestui secol sau începutul celui următor ne va da posibilitatea — sperăm — să controlăm ereditatea. Primele realizări ale ingineriei genetice, realizări de o valoare cu totul excepţională, ne întreţin speranţa că vom diminua considerabil frecvenţa tulburărilor ereditare şi a malformaţiilor congenitale. O metodă actuală — amniocenteza —, care se ocupă cu studiul lichidului amniotic extras în săptămîna a 14-a de sarcină, nu este lipsită de riscuri. De aceea, stă în sarcina noastră de a găsi soluţii mai puţin periculoase şi în acelaşi timp mai uşor de executat. După toate probabilităţile, embrionii anormali vor fi supuşi intervenţiilor genetice, vom corecta defectele genetice fie modificînd structura genei, fie — ceea ce pare mai probabil — vom insera o nouă genă care să preia funcţiile genei deficiente. Pentru viitorul ceva mai îndepărtat, ne propunem să controlăm fecundaţia, mai exact să studiem structura genetică a celor doi gameţi — a spermatozoidului şi a ovulului şi să selecţionăm numai pe aceia care nu prezintă nici o modificare importantă pentru dezvoltarea produsului de concepţie. Desigur, simultan vom predetermina sexul, dacă vom conchide că nu va altera raportul natural dintre sexe (el este de aproape 1/1, mai exact 106 băieţi la 100 de fete).

Sîntem în pragul descoperirii revoluţionare în medicină şi biologie. Controlul eredităţii va însemna, în primul rînd, reducerea considerabilă a bolilor ereditare şi a malformaţiilor congenitale, apoi eliminarea cancerului şi prelungirea considerabilă a mediei de viaţă şi — de ce nu — modificarea unor caractere în acord cu mediul în care vom trăi.

Visele perene ale geneticei încep să prindă contur.

Dr. **C. MAXIMILIAN**

Influenţa factorilor ereditari şi de mediu extern în producerea bolilor

Prof. dr. **M. Georgăneanu**

Bolnavii cu afecţiuni ereditare apar cu o frecvenţă relativ mică dacă aprecierea se face pentru fiecare afecţiune în parte. Frecvenţa combinată, precum şi cumularea în timp a bolnavilor cu o singură trăsătură patologică justifică însă aprecierea că *frecvenţa bolilor ereditare este în realitate mare.*

Pînă acum cîţiva ani fuseseră „inventariate" la om 1 876 de tipuri distincte de boli ereditare, al căror mod de transmitere este cunoscut. Se apreciază că unul din 150 de nou-născuţi are o anomalie mai mult sau mai puţin importantă a cromozomilor (aproximativ 400 000 de cazuri noi, apărute în fiecare an pe glob). 30% din ovulele fecundate se elimină spontan (avort neevidenţiabil), acest procent fiind de două ori mai mare decît al avorturilor spontane detectate. Peste 20% din avorturi au drept cauză aberaţii cromozomice incompatibile cu viaţa. În 1% din malformaţiile congenitale există aberaţii cromozomice. Factorii nocivi prenatali pot induce sterilitatea femeii, avortul spontan sau moartea fătului în uter.

Pe de altă parte, faptul că unele boli ereditare depind de acţiunea combinată a mai multor gene face ca, în aceste circumstanţe, manifestarea bolii să sufere atît influenţe ereditare, cît şi de mediu.

În sfîrşit, dacă ne referim la *bolile comune* (dobîndite, neereditare), este dovedit că stările de sănătate şi de boală sînt rezultatul influenţelor reciproce dintre organismul-gazdă şi o gamă variată de factori infecţioşi, mecanici, chimici, imuni

etc., între agresiune şi apărare. Este deosebit de important să semnalăm că factori identici ca tip, intensitate şi moment de acţiune pot declanşa reacţii individuale diferite. Această variabilitate de reacţii este, în mod convenţional, etichetată „constituţie" individuală şi nu încape îndoială că particularităţile individuale de reacţie (reactivitatea) au substrat ereditar.

Printre factorii care influenţează boala (sau o determină, direct sau indirect), *mediul extern* (în sensul locului unde trăim şi modului nostru de viaţă) are o pondere aproape tot atît de importantă pentru om ca şi microbii sau virusurile cu care se confruntă sau ca genele pe care le moşteneşte.

Practic, nu există om al lumii contemporane care să nu fi auzit şi să nu fie preocupat (uneori pînă la obsesie) de infarctul miocardic. Cauza *directă* (imediată) a acestui grav accident este, precum se ştie, trombozarea (astuparea) brutală a unei artere coronare care irigă inima. La producerea accidentului „cooperează" însă numeroşi factori *indirecţi* (efortul fizic foarte intens la neantrenaţi, stresul psihoemoţional, fumatul, viaţa sedentară, alimentaţia excesiv de bogată în grăsimi, obezitatea), boli favorizante *dobîndite* anterior producerii infarctului (ateroscleroza şi hipertensiunea arterială) şi factori *ereditari* (predispoziţia la ateroscleroză şi hipertensiune arterială, un anumit tip constituţional sensibil la stres, particularităţi ale coagulării sîngelui). Privit astfel, infarctul miocardic este o boală a adultului de vîrstă medie, numai ca moment de producere, ceilalţi factori (indirecţi, dobîndiţi, ereditari) „prefaţînd", cu mai mult sau mai puţin timp înainte, apariţia sa. Acesta este numai un exemplu.

Concepţia cvadrifactorială a cauzalităţii bolilor este aplicată în mai toate bolile comune. Cauza directă, factorii indirecţi, bolile favorizante dobîndite anterior şi factorii ereditari se sumează şi se intrică, alcătuind un *complex cauzal* responsabil de producerea bolii.

Din nefericire însă, de cele mai multe ori numai cauza directă şi o parte din factorii indirecţi „ies la suprafaţă", fiind uşor de depistat. Devine astfel ademenitoare ideea unor cercetători de a compara — din punct de vedere cauzal — boala cu un *iceberg*, al cărui vîrf este reprezentat de cauza directă (imediată) şi de o parte dintre factorii indirecţi, avînd spre bază factorii dobîndiţi şi, mai la „fundul apei", factorii ereditari. Este evident riscul „navigatorului" neexperimentat de a observa din tot acest *iceberg* numai ceea ce stă deasupra apei şi de a ignora complet partea ascunsă în adîncuri, precum şi riscul de a sfărîma „corabia", izbind-o de baza „complexului" cauzal.

Pledoaria pentru concepţia cvadrifactorială a bolilor are nu numai temeiuri teoretice, ci şi o importanţă practică deosebită, invitînd populaţia la formarea unor deprinderi de viaţă echilibrată şi raţională, care trebuie achiziţionate şi aplicate încă din viaţa timpurie.

Totodată, cunoaşterea rolului factorilor ereditari în producerea bolilor stimulează noi măsuri de profilaxie prenatală şi permit — prin sfatul genetic şi supravegherea atentă a persoanelor periclitate — evitarea unor consecinţe negative asupra sănătăţii oamenilor.

suferințele stomacului operat

Conf. dr. doc. B. GHEORGHESCU
Șeful Clinicii de gastroenterologie
Spitalul clinic „Fundeni"

Stomacul, ca segment al tubului digestiv, are însemnate funcții, printre care funcția secretorie și cea motorie, ambele cu rol foarte important în digestie și buna funcționalitate a întregului tract digestiv. Prin aceste două funcții de bază, stomacul asigură amestecul optim al alimentelor, pregătindu-le pentru digestia intestinală.

Chirurgia gastrică a căpătat o mare amploare în ultimii 30 de ani, tehnicile folosite adresîndu-se, în cea mai mare parte, tratamentului radical al ulcerului gastric și duodenal. Este de la sine înțeles că numai complicațiile acestei afecțiuni au indicație chirurgicală, în cea mai mare parte din cazuri tratamentul fiind medical. Cancerul gastric, depistat în fază incipientă, poate beneficia cu succes de tratament chirurgical. Pe lîngă intervențiile chirurgicale „clasice", de rezecție a unei zone relativ întinse din stomacul inferior, în ultima vreme se folosește pentru tratamentul chirurgical al ulcerului, vagotomia cu diversele sale variante. De la început facem precizarea că intervențiile chirurgicale pentru tratamentul ulcerului gastric și duodenal și mai rar pentru cancerul gastric nu sînt fiziologice, ele influențînd în măsură variabilă cele două funcții fundamentale — secretorie și motorie — și, în ultimă instanță, amestecul alimentelor în stomac și evacuarea acestora. De puterea de adaptare a organismului fiecărui bolnav depinde, în bună măsură, însănătoșirea după intervenții chirurgicale pe stomac, bolnavul putînd să rămînă tributar unor suferințe destul de dezagreabile, care întrec uneori în aspectul clinic, suferința de bază ulceroasă. De asemenea, starea preoperatorie a organismului și diversele complicații ale ulcerului gastroduodenal influențează în mare măsură procentul și intensitatea suferințelor postoperatorii.

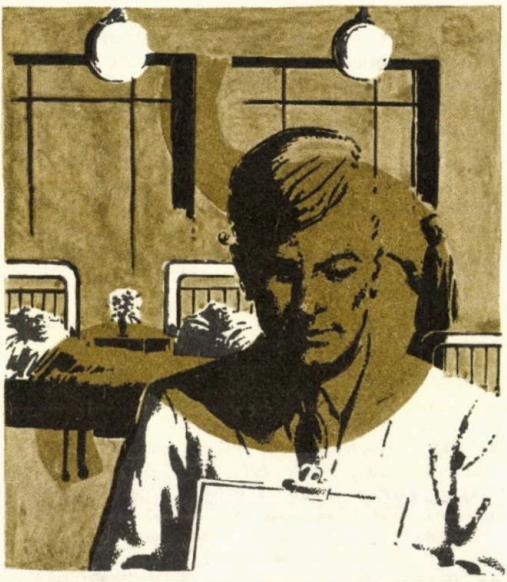
Practic, nici una din metodele chirurgicale folosite în prezent nu este lipsită de unele suferințe tardive, mai mici sau mai mari, pentru care bolnavul se adresează medicului.

Una din suferințe, care apare mai precoce sau mai tardiv după intervenție, indiferent de metoda folosită, este recidiva ulcerului. Ea se manifestă de obicei prin simptome asemănătoare celor dinaintea intervenției, uneori chiar mai intense. În această situație, tratamentul nu se deosebește cu nimic de cel al ulcerului gastric și duodenal.

Aceste suferințe sînt determinate de afectarea bontului gastric rămas după intervenție. Printre acestea se enumeră: gastrita, inflamația zonei de legătură cu duodenul sau jejunul (stomita), apariția de polipi gastrici după operație, iar uneori cancerul bontului gastric. Alte suferințe (sechele) postoperatorii, tributare actului chirurgical, sînt determinate de schimbarea legăturilor anatomice și funcționale ale stomacului cu segmentele învecinate. Printre acestea menționăm:

— Sindromul de evacuare gastrică precipitată *(sindromul dumping precoce), caracterizat prin senzația de leșin după lichide sau dulciuri, asociat cu palpitații, paloarea tegumentelor feței, transpirații. Această sechelă se întîlnește în procente variabile, aproape după toate intervențiile chirurgicale pe stomac sau care secționează nervul vag sau ramurile acestuia. Procentul variază între 2—20%, fiind mai frecvent în operațiile cu rezecție gastrică tip Polya și mai rar după vagotomii. Evitarea lichidelor la începutul mesei, a dulciurilor, uneori a laptelui dulce sau a ceaiurilor calde, face să scadă intensitatea acestor simptome. În mod obligatoriu, bolnavul cu asemenea sechelă trebuie să se așeze în pat, după masă, cel puțin 20 de minute. Unele medicamente, cum ar fi: xilina 1% înainte de mese o linguriță, atropina, tot înainte de mese, Deseril (antiserotoninic), sedative nervoase pot diminua intensitatea acestor simptome. Curele balneare la altitudine medie, precum și evitarea stărilor de enervare, constituie, de asemenea, măsuri adjuvante utile pentru diminuarea simptomelor generate de sindromul dumping. În cazuri excepționale este necesară reintervenția chirurgicală.*

— Sindromul de ansă aferentă *se caracterizează prin simptome similare cu cele cunoscute din patologia biliară: senzația de distensie abdominală după mese, grețuri, vărsături bilioase, dureri în regiunea hipocondrului drept etc. Această situație se întîlnește după intervenții chirurgicale de tip Polya, în care stomacul restant este legat de prima ansă jejunală.*



— Refluxul esofagian şi esofagita de reflux *se întîlnesc după toate intervenţiile chirurgicale care abordează stomacul, dar mai ales după vagotomii. Se caracterizează prin arsuri retrosternale, senzaţie de gust acru sau amar, uneori dificultăţi de înghiţire. Schimbarea circuitului unor secreţii digestive, în sens invers, determinată de actul operator, explică această suferinţă. Tratamentul este mai mult de ordin igienodietetic, evitîndu-se alimente iritante : alcoolul, cafeaua, nicotina, la care se adaugă obligativitatea ca în timpul somnului, sub cap să stea 2—3 perne, pentru ca fenomenele de reflux, mai ales noaptea, să fie mult atenuate. Evident, alcalinele şi antispasticele pot atenua simptomele.*

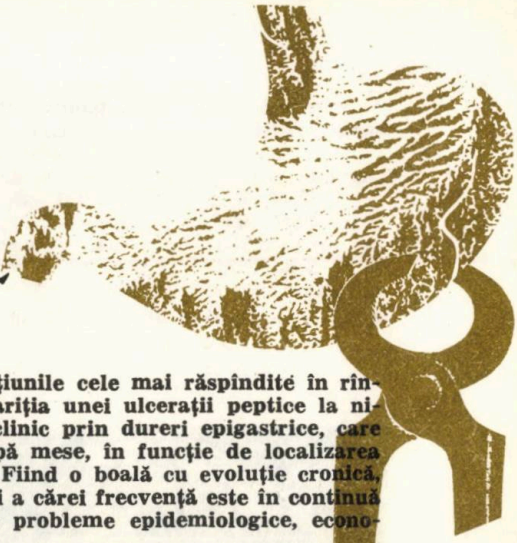
— Hernia gastrică transhiatală, *asociată sau nu cu reflux esofagian, apare de multe ori după rezecţii gastrice şi vagotomii. Tratamentul este similar cu cel descris anterior la refluxul esofagian şi esofagita de reflux.*

— *O suferinţă cu implicaţii importante pentru economia organismului, după intervenţiile chirurgicale pe sfera gastrică, este reprezentată de* diareea cronică, *asociată în grade variabile de tulburări nutriţionale. Acestea se caracterizează prin pierderea în greutate, nerecuperată de supraalimentaţie, simptome cutanate (piele aspră, uneori cu aspect pelagroid), hemoragii cutanate şi mucoase, tulburări endocrine (sterilitate, impotenţă, dismenoree etc.) şi alte numeroase manifestări. Diareea cronică, asociată cu fenomene nutriţionale, se încadrează în terminologia medicală de sindrom de malasimilaţie. Pentru aceasta concură o serie de mecanisme, printre care evacuarea rapidă a stomacului, lipsa de acid clorhidric (element bactericid), înmulţirea germenilor microbieni în intestinul superior, leziunea mucoasei acestuia, necoordonarea secreţiei digestive şi alte numeroase elemente patogenetice. Către această condiţie clinică pot duce, practic, toate intervenţiile chirurgicale pe stomac, dar în special rezecţiile largi şi legăturile directe ale stomacului cu jejunul. Tratamentul sindromului de malasimilaţie este foarte complex, depinzînd de individualizarea ştiinţifică a elementelor care îl condiţionează, situaţie care se realizează numai în condiţiile de spitalizare. Tratamentul antibacterian de substituţie a enzimelor pancreatice şi intestinale, de micşorare a peristalticii intestinale, de înlocuire a elementelor nutritive deficitare (aminoacizi, vitamine, săruri minerale etc.) constituie aspectele curative cele mai frecvent folosite.*

În afara acestor suferinţe postoperatorii mai pot exista şi altele de importanţă mai redusă, dar care, fără îndoială, reclamă examen medical.

Desigur că toate aceste manifestări nu sînt obligatorii, ci pot fi posibile. Existenţa lor depinde de o serie de factori, printre care : indicaţia corectă a intervenţiei chirurgicale, actul operator propriu-zis, îngrijirile postoperatorii în primele 2—3 săptămîni, tratamentul precoce al oricăror manifestări incipiente de sechele postoperatorii şi urmărirea minuţioasă a bolnavului în primul an de la operaţie, prin dispensarizare. Sesizate la timp, tratate corespunzător, în special patogenetic, ca şi colaborarea strînsă între gastroenterolog şi chirurg constituie elementele cheie în profilaxia, diminuarea intensităţii şi vindecarea pe cale medicală a acestor tulburări postoperatorii. Neglijarea acestor aspecte, dimpotrivă, poate duce la manifestări clinice severe, transformînd bolnavii în adevăraţi „invalizi gastrici", cu capacitate de muncă redusă, în general greu de recuperat.

Epidemiologia ULCERULUI GASTRODUODENAL



Ulcerul gastroduodenal este una dintre afecțiunile cele mai răspîndite în rîndurile populației. Boala se caracterizează prin apariția unei ulcerații peptice la nivelul stomacului sau duodenului și se manifestă clinic prin dureri epigastrice, care survin la un interval mai scurt sau mai lung după mese, în funcție de localizarea ulcerului, și prin senzația de arsură retrosternală. Fiind o boală cu evoluție cronică, în cursul căreia pot surveni o serie de complicații și a cărei frecvență este în continuă creștere, ulcerul gastroduodenal ridică o serie de probleme epidemiologice, economice și sociale.

Stabilirea incidenței ulcerului în întreaga lume este dificilă, aceasta presupunînd studiul extensiv al diferitelor populații pe baza statisticilor clinice medicale și chirurgicale care estimează morbiditatea și mortalitatea prin ulcer. Datele sînt însă relative, valoarea informațională a statisticilor clinice fiind limitată.

Numeroasele studii efectuate în marile centre de gastroenterologie din Europa și America comunică date diferite. În general, se acceptă că în rîndul populației masculine adulte, fiecare al 10-lea bărbat prezintă ulcer. Pe baza unei statistici cuprinzînd zeci de mii de persoane, Serviciul de sănătate publică din S.U.A. (National Health Service) stabilește o incidență generală de 14‰ a ulcerului, cu variații în funcție de vîrstă și sex. În unele țări din Europa, incidența ulcerului este superioară, găsindu-se, de exemplu, într-un studiu din 1951, o proporție de 38‰ la populația urbană din Londra.

Studiile statistice longitudinale au demonstrat că în ultimul timp incidența ulcerului gastroduodenal s-a schimbat atît ca frecvență, cît și ca repartizare pe sexe. Dacă în secolul trecut ulcerul gastric era considerat ca o afecțiune frecventă la femei, iar cel duodenal se întîlnea rar, în ultimii ani ulcerația duodenală a devenit localizarea predominantă, raportul dintre ulcerul duodenal și cel gastric fiind de 3—4 : 1, cu variații depinzînd de vîrstă, sex și zona geografică.

Ținînd cont de evoluția îndelungată și relativ benignă a ulcerului gastroduodenal, valoarea studiului mortalității în analiza epidemiologică a ulcerului este mai redusă, deoarece în absența complicațiilor, decesul prin ulcer este excepțional.

După cum am menționat, incidența ulcerului gastroduodenal este supusă unor variații, în funcție de vîrstă, sex, factorul constituțional, intervenind însă și factori externi de ordin geografic, socio-economic, alimentar etc.

Ulcerul poate apărea în general la orice vîrstă. În discordanță cu datele cunoscute pînă în prezent, ulcerul este întîlnit și la copii, unde se pare că este pus în legătură cu dezechilibrele metabolismului fosfocalcic (tratamente susținute cu preparate pe bază de calciu și vitamina D), factori ce intervin în patogeneza ulcerului. Apare mai frecvent între 0—3 ani și 10—15 ani.

La adulți, ulcerul duodenal se întîlnește în special la vîrsta de 20—40 de ani, nefiind însă rar nici între 40 și 60 de ani. Peste 60 de ani, apariția este mai neobișnuită, datorită tendinței spontane de scădere a aciditații cu vîrsta.

Ulcerul gastric însă, apare mai frecvent între 30 și 50 de ani, cînd se constată suprapunerea cu intervalele de vîrstă în care apare cu predilecție și neoplasmul gastric.

Este cunoscută repartizarea inegală între sexe a ulcerului. Astfel, ulcerul duodenal este o afecțiune comună a sexului masculin, în timp ce ulcerul gastric apare aproximativ în aceleași proporții la ambele sexe. După vîrsta de 50 de ani se pare că este chiar mai frecvent la femei.

Rolul factorului constituțional ereditar în apariția bolii ulceroase este susținut de o serie de observații, cum ar fi : incidența familială crescută a ulcerului duodenal față de populația generală, repartizarea inegală între sexe a bolii, incidența crescută a complicațiilor la bărbați cu ulcer duodenal etc. De asemenea, studiul profilului clorhidric la familiile cu mai mulți bolnavi ulceroși evidențiază faptul că debitul clorhidric este crescut nu numai la membrii ulceroși ai familiei, ci și la cei sănătoși, constatare ce duce la concluzia că starea de hipersecreție poate fi interpretată ca o hiper-

funcție ereditară. Mecanismul intim prin care se realizează transmiterea și influențarea ereditară a bolii ulceroase este încă necunoscut. Se presupune că factorul care se transmite este fie masa celulelor parietale, care la ulceroși este de două ori mai mare decît la sănătoși, fie particularitățile de stimulare a acestor celule.

Ulcerul gastroduodenal este o afecțiune răspîndită pe tot globul, dar repartizarea bolii variază nu numai de la continent la continent, ci chiar de la o țară la alta sau de la o regiune la alta, demonstrînd intervenția factorului geografic în patogenia bolii. S-a considerat pînă nu demult că ulcerul este o boală a țărilor cu un standard economic mai ridicat, lucru infirmat de statisticile cuprinzătoare care studiază răspîndirea bolii pe glob. Dacă în țările dezvoltate din America și Europa, ulcerul este con-

siderat o afecțiune ce interesează aproximativ 10% din populație, există cîteva zone în lume unde incidența ulcerului prezintă cîteva particularități. Astfel, în Japonia ulcerul gastric este mai frecvent decît cel duodenal, unde, dealtfel, se remarcă și frecvența mare a cancerului gastric. Nu se știe în ce măsură intervin aici factorul geografic, caracteristicele de rasă sau felul alimentației. Există unele zone în India unde ulcerul este de 15 ori mai frecvent decît în restul țării (mai ales duodenal), notîndu-se și frecvența mai mare a complicațiilor în aceste regiuni, iar repartizarea pe sexe este de 10 : 1 în favoarea bărbaților. În Africa, morbiditatea prin ulcer este destul de redusă, existînd însă și aici zone cu prevalență înaltă și scăzută a bolii. Bazinul Nil-Congo se remarcă prin frecvența crescută a ulcerului (Sudan, Zair, Burundi, Tanzania, Uganda), în schimb, el este neobișnuit în zonele de nord ale coastei vestice, în Sahara, în unele regiuni din Zambia. Există puține date privind repartizarea ulcerului pe teritoriul țării noastre. Se pare, totuși, că în regiunile cu terenuri calcaroase, cu ape calcice sau climă mai caldă (Dobrogea, Dolj), ulcerul gastroduodenal este mai frecvent, probabil intervenind aici aportul calcic mai crescut.

Standardul economic poate influența, de asemenea, frecvența ulcerului. Astfel, s-a evidențiat o incidență mai crescută a bolii la populația cu standard economico-social mai scăzut, cel puțin în mediul urban. În schimb, scade în mediul rural, considerîndu-se că stilul de viață urban, prin solicitarea nervoasă intensă, favorizează apariția ulcerului, contribuind aici și felul de alimentație și consumul de cafea, alcool, tutun și droguri.

S-a mai sesizat apariția predilectă a bolii în legătură cu unele profesiuni ca : conducători auto, tractoriști, persoane care prestează munci fizice grele (mineri) și la cei cu funcții de conducere, conturîndu-se în acest fel rolul condițiilor de muncă și al solicitărilor psihoemoționale.

În ceea ce privește factorul alimentar, încă nu s-a dovedit despre nici un aliment că ar avea rol predispozant pentru ulcerogeneză. În acest sens, pare a juca un rol important nu unele alimente, ci anumite obiceiuri alimentare urmate de-a lungul mai

multor ani, din generație în generație. Astfel, alimentația bogată în calciu favorizează apariția ulcerului, mai ales a celui duodenal. În țările cu consum exagerat de carne și pește (Japonia, Norvegia), incidența ulcerului este mai crescută, datorită aportului însemnat de vitamina D și implicit de calciu. Se sugerează că o dietă săracă în carbohidrați este puțin favorabilă ulcerului. În schimb, rolul iritant al condimentelor este discutabil. Se consideră că unele mirodenii duc la leziuni de tip gastritic, ceea ce însă nu justifică și potențialul lor ulcerogen.

O serie de factori ocazionali externi au fost incriminați a avea rol favorizant în apariția ulcerului. Astfel, rolul fumatului, al consumului de alcool și de medicamente a fost mult discutat în literatura de specialitate și deseori de pe poziții contradictorii. Unii autori susțin că nu sînt diferențe semnificative în ceea ce privește incidența ulcerului între fumători și nefumători, iar alții susțin că aceste diferențe sînt reale și evidente. În timp ce unii afirmă că fumatul predispune la ulcer, alții susțin chiar că fumatul scade răspunsul secretor acid. Deci mecanismul de acțiune a nicotinei este încă neclarificat.

Referitor la consumul de alcool, se pare că un aport redus sau moderat de alcool la persoanele fără leziuni hepatice în antecedente sau coexistente nu modifică, în general, incidența ulcerului. Aceasta nu înseamnă că bolnavul cu ulcer nu trebuie să întrerupă consumul de alcool, cel puțin în timpul tratamentului. Bolnavii cu afecțiuni hepatice de etiologie etilică sînt predispuși a face ulcer, datorită reducerii factorului de apărare de la nivelul mucoasei.

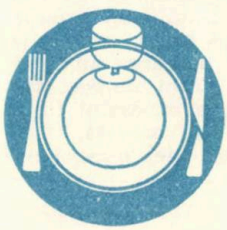
Dintre medicamentele incriminate în apariția ulcerului sau a complicațiilor acestuia semnalăm : aspirina, fenilbutazona, indometacinul și corticosteroizii. Rolul acestor medicamente, după ultimele date, se pare că a fost supraestimat. S-a observat creșterea îmbolnăvirilor de ulcer la persoanele care prezentau afecțiuni reumatismale tratate cu cortizon, deși aici există o îmbinare a patogenezei celor două boli cu efectele atribuite corticoterapiei.

Apariția sau exacerbarea unui ulcer preexistent s-a descris și în timpul tratamentului cu rezerpină.

Așadar, ulcerul fiind o boală cu epidemiologie atît de complexă, cu extindere mondială, cu anumite particularități ca frecvență, repartizare pe rase, sex și vîrstă, precum și ca evoluție clinică, reprezintă o problemă importantă medicală și chiar economică, pierderile economice datorate incapacității temporare de muncă estimîndu-se la sume fabuloase.

Din aceste motive, ulcerul gastroduodenal reprezintă, pentru întreaga omenire, o problemă de sănătate publică.

Dr. I. PUȘCAȘ
Spitalul Șimleul-Silvaniei



Intoleranțele alimentare

Numeroase persoane acuză — pe drept sau pe nedrept — anumite alimente ca fiind responsabile de tulburări digestive și generale. În realitate însă, majoritatea acestor intoleranțe sînt rezultatul unei observații greșite sau greșit interpretate.

Intoleranțele de natură alergică se manifestă în mod diferit. Ele dau de obicei, la 3—4 ore după masă, erupții urticariene sau edeme alergice, situate la pleoape, buze, față, dar se pot manifesta și imediat după ingestia alimentului alergogen, sub formă de vărsături și scaune diareice explozive. Aceste manifestări sînt greu de interpretat, deoarece ele pot apărea și după consumul unui aliment infectat, în care caz se însoțesc de febră, curbatură și dureri abdominale. În această situație, nu alimentul este cauza, ci faptul că a fost contaminat cu germeni patogeni.

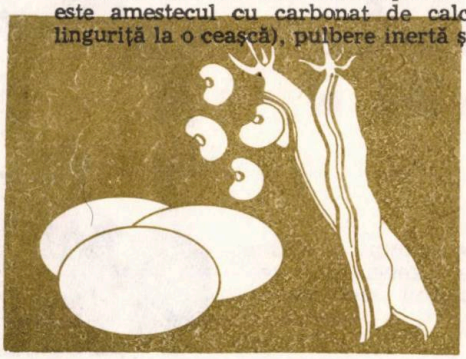
Într-o intoleranță digestivă de natură alergică, chiar dacă alimentul este neinfectat, vărsăturile și eventual diareea se produc după ingestia unei cantități mici, indiferent de forma de preparare.

De cele mai multe ori însă, intoleranțele alimentare sînt efectul unei preparări viciose sau al unei asocieri nepotrivite ale alimentelor. Cel mai frecvent aliment incriminat este laptele. În compoziția lui intră, alături de albumine și grăsimi, un zahăr cu digestibilitate diferită după persoane, anume lactoza. Ea nu poate fi resorbită din tubul digestiv decît după scindare fermentativă în două monozaharide : glucoza și galactoza. Fermentul specific (enzima) care scindează lactoza dispare, în caz că persoana respectivă nu mai consumă lapte de mult timp. Ca urmare, lactoza nu se resoarbe din tubul digestiv, ci ajunge în zona fermentațiilor intestinale microbiene, unde dă naștere la produse acide, gazoase, iritante. Rezultatul îl constituie balonările abdominale, durerile și diareea. Soluția nu este renunțarea la lapte, aliment indispensabil omului, ci prepararea lui cu orez sau paste făinoase, precum și consumul după fermentația lactozei în acid lactic, așa cum se întîmplă cu iaurtul sau laptele bătut ; de asemenea, mai poate fi consumat în amestec cu ou sau băut în porții mici, întrerupte de ingestia de pîine. În toate aceste cazuri, se împiedică o coagulare bruscă a unei cantități mari de lapte în stomac, în care caz zerul rămas după coagulare, bogat în lactoză, invadează ansele intestinale și produce tulburările amintite.

Un alt corectiv care face laptele tolerat este amestecul cu carbonat de calciu (o linguriță la o ceașcă), pulbere inertă și fără gust, dar care împiedică fermentația intestinală a lactozei.

O altă falsă intoleranță determină unele persoane să evite orezul, deoarece „constipă". Este drept că amidonul din orez se digeră integral și se resoarbe, fără să lase un reziduu important în intestin. Acest efect însă este ușor combătut printr-o alimentație variată, din care nu trebuie să lipsească crudițăile, sub formă de salate sau fructe.

Un număr destul de mare de persoane evită crudițăile, deoarece le produc tulburări digestive similare celor provocate de lapte. Prin abundența celulozei din compoziția legumelor și fructelor, substanță nedigerabilă de fermenții intestinali, dar descompusă în parte de flora microbiană din intestin, crudițăile dau scaune fluide, voluminoase, uneori însoțite de gaze și dureri abdominale. Ele sînt însă indispensabile unei bune funcționări a intestinelor, mai ales eliminării regulate a resturilor nedigerabile. Totodată, ele sînt și vehicul de vitamine și săruri minerale utile omului. Unele mici precauții fac crudițăile tolerabile pentru majoritatea persoanelor. Astfel, trebuie alese legume sau fructe bine coapte, curățate de coajă sau de părțile dure, mărunțite mecanic, în caz de dantură deficitară și bine mestecate, pentru a evita încărcarea tubului digestiv cu bucăți prea voluminoase. Este verificat de fiecare din noi că amestecul crudităților cu zahăr, miere, lapte sau pîine integrală provoacă tulburări digestive. Celuloza sustrage digestiei o parte din aceste adaosuri alimentare și antrenează în zona fermentațiilor intestinale resturi nutritive, care vor fi descompuse de flora microbiană, cu producere de gaze și substanțe hidrofile, ce destind abdomenul și produc diaree. De aceea, s-a preconizat în cadrul unei alimentații zise „omogene", evitarea amestecului crudităților cu alte alimente ; ele vor fi consumate la cîteva ore de la masa precedentă (de exemplu, seara la culcare), pentru a nu oferi intestinului un amestec iritant. La 6—7 ore după prînz, crudițăile, preparate mecanic, vor parcurge tubul digestiv cu efectul unei acțiuni-tampon, prin pectina conținută, asupra excesului florei microbiene și vor asigura totodată, fără dureri, balastul necesar unei bune kinetici intestinale.



Dr. **D. SDROBICI**

SAREA ESTE NECESARĂ SAU DĂUNĂTOARE ORGANISMULUI ?

Cunoscută şi sub denumirea de clorură de sodiu (ClNa), sarea este adusă în organism ca atare, adică sarea de bucătărie adăugată în mîncare în timpul preparării culinare a alimentelor sau prin alimentele care o conţin. Atît clorul, cît şi sodiul se găsesc în cantitate mai mare în alimentele de origine animală (ou, lapte, brînză, carne) decît în cele de origine vegetală (legume şi fructe). Ambele substanţe care intră în componenţa acestui condiment (clorul şi sodiul) au importanţa lor în organism, cu acţiuni multiple : intervin în schimburile hidrice şi în menţinerea echilibrului electrolitic al mediului intern, deoarece metaloizii (clorul) au acţiune acidifiantă, în timp ce metalele (sodiul) au acţiune alcalinizantă ; atît clorul, cît şi sodiul intră în compoziţia factorilor de nutriţie şi se găsesc în sînge în cantităţi foarte bine echilibrate ; de asemenea, au o importanţă covîrşitoare în menţinerea echilibrului osmotic. Se ştie că organismul este format din 70% apă şi că pentru menţinerea ei trebuie să existe un echilibru osmotic în care sodiul joacă rolul principal. Organismul omului conţine aproximativ 175 g de sare, repartizată în întregime în lichidul extracelular.

Un om adult sănătos are nevoie să consume zilnic aproximativ 10—15 g de sare, care se realizează din alimentele ce conţin în ele sare, la care se adaugă sarea de bucătărie pe care o punem în timpul preparării mîncărurilor.

Metabolismul apei din organism este reglat în cea mai mare măsură de sare. În general, sarea se elimină din organism în mod normal pe cale urinară sau pe cale cutanată, prin transpiraţie. În stările patologice, se mai poate elimina şi pe cale digestivă, prin vărsături sau diaree. În raport cu necesităţile sau pierderile suferite, este indicată o cantitate de sare mai mare decît normal, care să ducă la atenuarea sau eliminarea tulburărilor care provoacă aceste manifestări.

Dar dacă sarea are un rol binefăcător pentru organism, nu trebuie să uităm că sînt unele situaţii în care ea poate deveni dăunătoare. Sînt boli în care administrarea de sare în exces se caracterizează prin retenţie salină, apoi hidrică, dînd edemele localizate sau generalizate. În aceste cazuri, organismul este incapabil să elimine excesul de sare ingerat. Retenţia apei în organism, formînd edemele, o realizează sodiul. Aşa se întîmplă în afecţiuni renale, în insuficienţa cardiacă cu edeme, în boli ale ficatului (ciroză cu ascită), în obezitate, în cursul tratamentului cu corticosteroizi (Cortizon, Prednison, Superprednol etc.). Se ştie că un gram de sare fixează în organism 100 ml de apă. În cazul bolilor amintite, reţinerea apei în organism este determinată de tulburări ale metabolismului mineral.

Dar pentru a ne da mai bine seama de importanţa cantităţii de sare pe care o ingerăm, este necesar să precizăm că 10 g de sare de bucătărie conţin 4 g de sodiu. La un regim desodat, unde cantitatea de sare admisă este de aproximativ un gram pe zi pentru a acoperi nevoile organismului, sodiul reprezintă 0,40 g. De aceea, în această situaţie trebuie evitate alimentele cu un conţinut mai mare de sare. Dintre acestea citãm: ţelina, spanacul, varza, fasolea uscată, prazul, conopida, ciupercile uscate, peştele, albuşul de ou, stafidele, smochinele ; de asemenea, untul şi pîinea, şi într-o măsură mai mică laptele, care conţine 1,63 g de sare la litru. În această categorie mai trebuie adăugate şi apele minerale clorurosodice. În schimb, se preferă un regim format din alimente care conţin foarte puţină sare ca, de exemplu, aşa-numitul regim Kempner, format din : orez, fructe, miere. Aceste alimente aduc aproximativ 0,35 g de sare în 24 de ore.

Dar nici o mîncare, oricît de aspectuoasă ar fi ea, nu este mîncată cu plăcere dacă-i lipseşte sarea. Lipsa sării din mîncare se poate compensa cu condimente aromate (mărar, pătrunjel, cimbru, tarhon, chimen, leuştean, foi de dafin). Ele pot fi consumate proaspete sau uscate, cu condiţia ca acestea să nu fie conservate în sare. Salatele, ciorbele sau sosurile dacă sînt acrite cu borş, oţet sau suc de lămîie, care dau un gust agreabil, fără să dăuneze organismului, pot compensa cu succes sarea. Dintre legumele care condimentează în mod plăcut, amintim ceapa, atît de des întrebuinţată în bucătăria noastră. Prin înlocuirea tehnicii culinare obişnuite cu alte metode care să păstreze calităţile organoleptice (gustul şi mirosul) se pot îndepărta substanţele iritante. În acest scop, ceapa se fierbe (astfel se elimină uleiurile volatile), se scoate într-o strecurătoare şi se lasă la scurs. Se taie mărunt sau se toacă, apoi se rumeneşte într-o tigaie de teflon sau într-una obişnuită, uscată (neunsă). Ceapa astfel preparată (fiartă şi rumenită) se adaugă în mîncărurile în care sarea lipseşte cu desăvîrşire sau există în cantitate redusă, fără să fie dăunătoare organismului.

Alte legume foarte apreciate în mîncare sînt tomatele. Ele pot fi folosite ca atare, în diferite salate de crudităţi sau în sosuri (fierte înăbuşit cu foi de dafin în puţină apă, apoi strecurate). Sosul de roşii astfel preparat poate fi turnat peste budinci (de orez, paste, cartofi) înainte de a le băga la cuptor, sau în supe, dînd culoare şi gust plăcut.

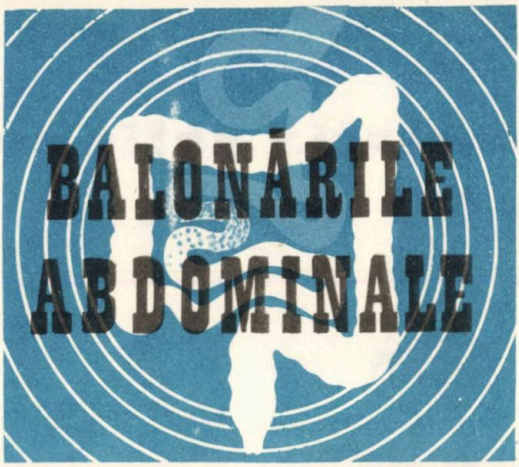
În arta culinară mai sînt diferite tehnici care, întrebuinţate raţional, pot da gust mîncărurilor şi în lipsa sării. O prelucrare termică foarte frecvent folosită în practica culinară este prăjeala. Aceasta, dacă este realizată într-un anumit fel, nu mai devine dăunătoare în cazul bolilor de stomac şi ficat. Aşa, de exemplu, chiftelele (de carne, cartofi sau de zarzavat), după ce s-au preparat, se pun la cuptor într-o tavă unsă cu untdelemn ; cînd s-au prăjit pe o parte, se întorc pe partea cealaltă. O friptură băgată la cuptor cu untdelemn şi puţină apă în care s-a pus chimen, foi de dafin sau cimbru este mai gustoasă decît un rasol fiert în apă. Dar lista exemplelor nu se opreşte aici.

Aşa după cum am menţionat, alimentaţia obişnuită a unui om sănătos conţine aproximativ 10—15 g de sare zilnic. Necesarul de sare ingerată diferă însă în funcţie de eforturile fizice, temperatura corpului şi a mediului ambiant. Sînt cazuri, cînd, în unele ţări cu temperatură foarte ridicată sau la muncitorii care lucrează la temperaturi înalte (turnători, furnalişti, topitori, laminorişti etc.), organismul pierde prin transpiraţie cantităţi de sare care depăşesc 5—10 g pe zi. În asemenea situaţii speciale, se recomandă rehidratarea organismului prin băuturi carbogazoase clorurosodice.

De asemenea, în funcţie de vîrstă, cantitatea de sare consumată zilnic diferă. La sugari pînă la 6 luni se indică o cantitate de 0,25—0,50 g pe zi, mergînd progresiv pînă la cantitatea necesară omului adult. La vîrstnicii sănătoşi, cantitatea de sare începe să scadă, fiind indicate maximum 8—10 g zilnic, fără să fie uitată sarea care este adusă din alimente.

Din cele relatate, se poate constata că sarea poate fi şi prieten, dar şi duşman al organismului.

Ileana Şerbănescu-Berar
Specialistă în nutriţie şi dietetică



Simptom foarte frecvent, balonările abdominale corespund unei distensii a anselor intestinale datorită unui conținut gazos și lichid prea abundent. Senzația de plenitudine resimțită nu este dureroasă ; ea se însoțește adesea de zgomote hidroaerice (borborisme) și de emisiune de gaze. În unele cazuri, ca în ciroza hepatică sau în insuficiențele cardiace, acumularea de gaze în intestin se explică prin neresorbția lor în sînge. În afara acestor boli, simptomul este lipsit de gravitate și traduce doar o incapacitate a tubului digestiv de a digera amidonul și o parte din celuloză. Amidonul este principalul constituent al pîinii, orezului, grișului, pastelor făinoase și cartofilor. El este ușor de digerat după fierbere sau expunere la căldură, dar greu tolerat în stare crudă. În alimentația omului, amidonul crud nu se consumă, cu excepția bananelor. Dar chiar după fierbere, amidonul din cartofi sau alte legume este mai greu de digerat decît cel din orez sau care provine din cereale decorticate. Cu cît pîinea este mai închisă la culoare, cu atît intoleranța digestivă a persoanelor cu afecțiuni intestinale este mai accentuată. Părțile exterioare ale boabelor de grîu conțin substanțe ce nu se digeră în intestinul omului, decît grație florei microbiene. Acest proces, declanșat mai ales de cartofi și pîine integrală, generează gaze, care destind intestinele.

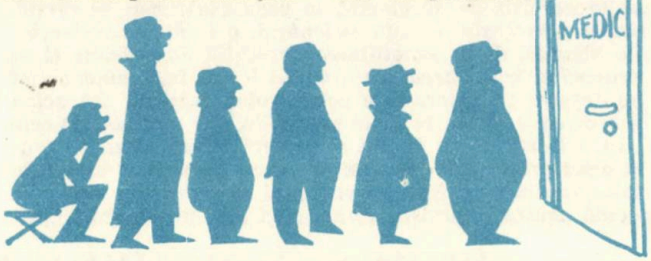
Alte legume, ca : fasolea, mazărea sau lintea, sub formă de boabe uscate, conțin zaharuri, pentru care intestinul omului nu are fermenți specifici. Aceasta este cazul unor tetra- și trizaharide, care se găsesc în aceste legume și care parcurg tubul digestiv al omului, nemodificate, servind florei microbiene drept substrat de fermentații, ceea ce determină degajarea de gaze (bioxid de carbon, metan și hidrogen), responsabile de balonările abdominale.

Desigur că, în cazul persoanelor care prezintă și tulburări digestive, aceste fenomene se însoțesc de dureri abdominale și diaree. Prepararea legumelor menționate sub formă de piuré (trecut printr-o sită de păr), după o fierbere îndelungată, ușurează digestia, mai ales dacă sînt consumate în cantități moderate, de 100—150 g odată. Dealtfel, fasolea verde și mazărea foarte fragedă pot fi consumate fără riscul apariției tulburărilor digestive, deoarece zaharurile menționate nu apar decît în leguma ajună la maturitate.

Dar și amestecurile alimentare neraționale pot fi incriminate ca responsabile de apariția balonărilor abdominale. Crudițățile, în general, în combinație cu pîinea integrală și lactatele fermentate (iaurt, chefir, lapte bătut) sînt un exemplu de amestecuri incompatibile, chiar în cazul unui om sănătos, cu digestia normală. Același efect supărător îl au dulciurile concentrate gen marmeladă, miere sau compot în combinație cu lapte sau iaurt. Acestea din urmă conțin lactoză, indigestă pentru unele persoane. Dulciurile concentrate atrag și rețin în intestin o mare cantitate de lichid pentru diluare, pînă la limita fiziologică cerută de procesul de resorbție intestinală. Acest efect stimulează peristaltica intestinală și tranzitul digestiv, aducînd în zona fermentațiilor bacteriene din intestinul gros și alte substanțe care, în mod normal, nu ajung aici, decît în cantități minime. Prin aceasta fermentațiile sînt stimulate și balonările abdominale apar la 4—5 ore după consumul amestecului alimentar nepotrivit.

Combaterea balonărilor abdominale prin medicamente gen enzime digestive (Triferment, Cotazym etc.) sau pulberi cu rol absorbant este nerațională, dacă nu se ține seama de măsurile dietetice enumerate. O bună igienă alimentară individualizată implică autodisciplină, atît de necesară sănătății fiecăruia din noi.

Dr. D. Sdrobici



Alimentația rațională după 60 de ani

În ultimii zeci de ani, media de viață a crescut considerabil. Dacă în 1938, durata medie de viață era de numai 42 de ani, astăzi datorită progreselor realizate în medicină pe plan mondial, precum și nivelului de dezvoltare din punct de vedere social și economic din țara noastră, media de viață atinge cifra de 69 de ani.

Despre o întinerire în sensul adevărat al cuvîntului nu poate fi vorba, dar se poate spera într-o încetinire a îmbătrînirii, prin ameliorarea și compensarea unor deficiențe ; astfel, rolul de corectiv al dieteticii poate fi conceput, iar prescrierea unei alimentații corespunzătoare apare justificată.

Fenomenul de îmbătrînire este accelerat atît de consecințele excesului alimentar, cît și de cele ale subalimentației, datorită așa-ziselor „cure de slăbire", sau ale unei alimentații iraționale. Pentru menținerea unei capacități fizice și intelectuale optime, alimentația rațională, combinată cu mișcarea, joacă rolul principal.

Se știe că, începînd cu vîrsta de 40 de ani, la majoritatea oamenilor potențialul nervos și fizic încep să scadă. La 60 de ani stomacul prezintă o hipoaciditate (o secreție mai scăzută a acidului clorhidric) ; de asemenea, pancreasul și intestinul au o activitate mai redusă, mușchii devin mai hipotoni și sînt mai puțin elastici, iar dantura este și ea deficitară. De aceea, la această vîrstă, dieta alimentară are o importanță covîrșitoare.

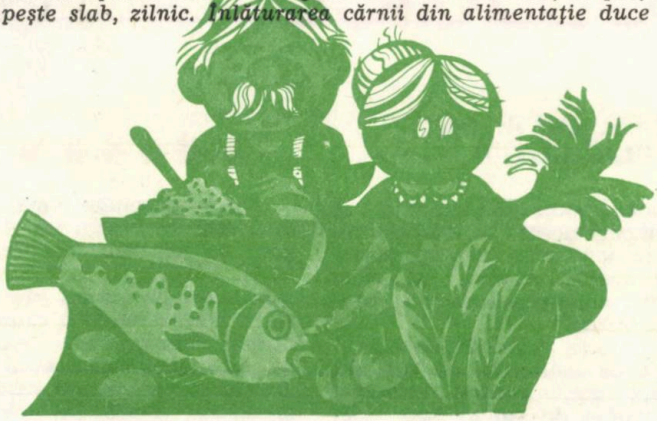
Unul dintre cele mai complete alimente îl constituie, după cum se știe, laptele. Acesta nu este numai alimentul nou-născutului, ci și al adultului și vîrstnicului. Laptele și derivatele sale (brînzeturile) au o acțiune mineralizantă și antidecalcifiantă, furnizînd, pe lîngă vitaminele A, D și complexul B, calciu, fosfor, natriu, clor, iar în cantități mici și fier, magneziu, cupru și fluor. Laptele conține atît proteine de bună calitate, grăsimi sub formă emulsionată, ceea ce le face să fie ușor digerate și deci ușor de absorbit, cît și zaharuri (glucide) sub formă de lactoză, datorită căreia laptele este un aliment diuretic și laxativ. În plus, laptele este un aliment ușor digerabil, cu condiția să fie consumat în cantități mici. Persoanelor care nu suportă laptele simplu, prezentînd tulburări digestive, li se recomandă consumarea acestui aliment în amestec cu făinoase (griș, orez, paste) sau îndoit cu ceai din plante (tei, mușețel, sunătoare etc.). Pentru prevenirea tulburărilor digestive, se recomandă utilizarea carbonatului de calciu. De asemenea, laptele modificat sub formă de iaurt sau lapte bătut este indicat persoanelor care prezintă intoleranță la laptele dulce. Cantitatea zilnică ideală este de aproximativ jumătate de litru. În cazul în care laptele nu este consumat ca atare sau sub formele menționate, se va înlocui cu derivatele acestuia, adică cu urdă, caș, brînză de vaci sau telemea, în cantitate de aproximativ 100 g zilnic.

Alimentul care a suscitat numeroase discuții referitoare la consumarea acestuia de către persoanele mai vîrstnice îl constituie grăsimile. Se menționează faptul că un consum moderat de grăsimi nu este dăunător organismului, putîndu-se preveni îmbolnăvirea prin ateroscleroză, atît de răspîndită la persoanele mai în vîrstă. Această boală are printre cauzele principale o viață sedentară, o alimentație irațională, o hrană în care grăsimile abundă, dînd posibilitatea excesului de grăsimi să se depună pe pereții arterelor, provocînd îngustarea diametrului lor și îngreuind astfel circulația sanguină. Ceea ce se depune pe artere este colesterolul, rezultat din acizii grași saturați, care se găsesc sub diferite forme în toate grăsimile, dar mai ales în cele de natură animală. De aceea, după vîrsta de 60 de ani se preferă consumarea de grăsimi vegetale, foarte sărace în acizi grași saturați, cum ar fi, de exemplu : uleiul de porumb, de floarea soarelui, soia, măsline etc. Subliniem faptul că o grăsime oricît de nevătămătoare ar fi devine nocivă pentru organism atunci cînd este preparată irațio-

nal (prăjită pînă la fumegare). Din păcate, carnea de vacă aduce destule grăsimi saturate şi de aceea este mai indicată sub formă de grătar sau fiartă.

Un studiu recent, făcut de un cercetător canadian de origine franceză, Serge Renaud (directorul Departamentului de nutriţie al Universităţii din Montreal) arată că nu colesterolul trebuie să fie incriminat în cazul atrosclerozei, ci acizii graşi saturaţi. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie eliminate total alimentele care conţin acizi graşi saturaţi !

Este o greşeală de a suprima carnea şi peştele (în special cel de rîu, care este un peşte slab), din alimentaţia persoanelor vîrstnice. Mult timp s-a crezut că produsele din carne influenţează creşterea ureii. Astăzi, acest lucru este luat mai puţin în consideraţie, apreciindu-se că eliminarea în totalitate a cărnii din alimentaţie nu este posibilă. Datorită aportului de proteine de cea mai bună calitate, precum şi a aminoacizilor esenţiali, carnea constituie un aliment indispensabil bunei funcţionări a organismului. O cantitate optimă este de 150 g de carne de vacă sau, de preferat, carne de găină sau de peşte slab, zilnic. Înlăturarea cărnii din alimentaţie duce la denutriţie proteică.



Deoarece arderile sînt mai încetinite la organismul mai în vîrstă, iar necesarul de calorii este şi el redus printr-o diminuare a consumului de energie, se impune ca şi dulciurile să fie reduse cantitativ, în special pentru faptul că ele se transformă în grăsimi şi colesterol, depunîndu-se pe pereţii arterelor. În afară de zahăr şi dulceţuri, în această categorie intră şi pastele făinoase, care conţin aproximativ 75% zaharuri.

Un deosebit aport aduc însă legumele verzi şi fructele, care sînt bogate în vitamine. Dintre acestea nu trebuie să lipsească cele care conţin vitamina A (vitamină care menţine tonusul crescut al pielii), vitamina C, cu rol important în respiraţia celulară şi în menţinerea elasticităţii capilare, în reducerea colesterolului şi în creşterea rezistenţei organismului faţă de bolile infecţioase, precum şi cele din grupul B, care ajută la digestia şi absorbţia deficitară. Legumele şi fructele mai aduc şi un aport însemnat de săruri minerale. În plus au şi un efect laxativ. Ele pot fi consumate după toleranţa organismului (crude, coapte sau fierte).

Raţia alimentară la persoanele trecute de 60 de ani trebuie să fie echilibrată, ţinînd cont şi de activitatea depusă. După F.A.O., aportul caloric trebuie scăzut cu 10% la cei cu vîrsta cuprinsă între 65 şi 75 de ani. Astfel, se apreciază că numărul de calorii să fie de aproximativ 2 000, formate din : lipide (grăsimi) 48 g, proteine 97 g şi glucide (zaharuri) 300 g.

În sfîrşit, cantitatea minimă de lichide (apă, supă, cafea, ceai etc.) consumate zilnic va fi de 1,5 litri. De menţionat este faptul de a consuma o cantitate mai mică seara, pentru a evita sculatul din somn peste noapte.

În general, alimentaţia trebuie să cuprindă alimente proaspete, preparate simplu şi uşor digerabile.

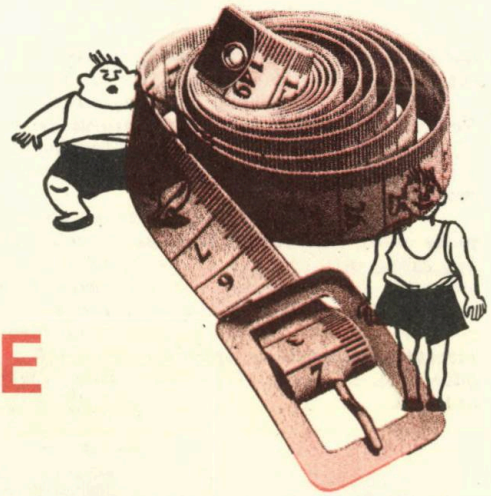
În timpul mesei se recomandă să existe o bună dispoziţie (să nu se discute de lucruri triste, să nu fie aduse veşti proaste etc.). Pentru a se realiza o digestie mai uşoară, este bine ca alimentaţia să se facă de 4—5 ori pe zi, în cantităţi mai mici, iar produsele care conţin mult material fibros să fie evitate.

La Policlinica universitară Cluj-Napoca, efectuîndu-se studii asupra unor indici biometrici la vîrstnici, s-a constatat că unul dintre aceşti indici îl reprezintă felul alimentaţiei, care determină îmbătrînirea mai rapidă sau mai lentă a organismului.

Ileana Şerbănescu-Berar
Specialistă în nutriţie şi dietetică

CHIRURGIA

OBEZITĂȚII PATOLOGICE



Gral-mr. prof. dr. doc.
IULIU ȘUTEU

****

Prin obezitate patologică, numită și morbidă sau monstruoasă, se înțelege depășirea de peste două ori a greutății ideale și menținerea acestei greutăți, în pofida oricăror eforturi depuse ani de zile, pentru a reveni la normal.

După cum se știe, *greutatea ideală* a unei persoane cu înălțimea de 170 cm este de 70 kg ; dacă această persoană ajunge la greutatea de 140 kg sau mai mult, obezitatea sa devine severă, morbidă sau monstruoasă, periclitîndu-i viața.

În general, obezitatea este rezultatul supraalimentării, adică al depășirii nevoilor energetice ale organismului. Acest exces alimentar neconsumat se depozitează treptat sub formă de grăsime (energie potențială de rezervă). Sedentarismul și lipsa de efort și de exercițiu fizic, cel puțin pe măsura ingerării de alimente energetice (grăsimi și dulciuri), deschide larg poarta spre îngrășare. Echilibrul fiziologic care trebuie să existe între aportul alimentar și utilizarea acestuia printr-o viață activă este rupt la cei care mănîncă mai mult decît are nevoie propriul lor organism. Adesea se face greșeala de a supraalimenta copiii în mod excesiv, ceea ce conduce la formarea unui număr anormal de celule grase (lipocite-adipocite), de mari dimensiuni, număr care nu va scădea toată viața. Făcînd abstracție de boli endocrine, care se manifestă prin supraîncărcare ponderală (sidromul Cushing, sindromul adipozogenital, mixedemul), obezitatea adevărată are un substrat neuropsihic care induce apetitul veșnic nesaturat (absența senzației de sațietate prin tulburări în nucleii diencefalici), ajungîndu-se, în unele cazuri, la un adevărat „viciu pentru mîncare". De aceea, obezitatea morbidă de care ne ocupăm se mai numește și obezitate exogenă sau hiperfagică.

„Marea obezitate", mai frecventă la femei, este nu numai un handicap estetic greu de suportat, dar constituie prin ea însăși o boală cu reducerea importantă a capacității de muncă pînă la invaliditate și, în același timp, o cauză a altor îmbolnăviri. Pentru aceste motive, viața obezilor este cu atît mai mult scurtată, cu cît greutatea lor proprie depășește mai mult greutatea ideală. De asemenea, s-a demonstrat că riscul morții premature poate fi înlăturat în cazul în care obezul reușește să-și reducă greutatea, ajungînd la cea normală, înainte de declanșarea complicațiilor date de obezitate. Este de remarcat faptul că nu există organ sau aparat care să nu fie afectat de obezitate. Foarte grave sînt însă complicațiile cardiovasculare : hipertrofia cardiacă cu insuficiență cardiacă, ateroscleroza cu hipertensiune arterială, infarctul miocardic sau accidentele vasculare cerebrale, insuficiența venoasă cu tromboflebită. Dacă ne referim la aparatul respirator, obezul suferă de hipoventilație cu acumulare de CO_2 în sînge, ceea ce produce o stare de permanentă somnolență (așa-numitul „sindrom pickwick", după un celebru personaj al lui Dickens, care fiind un mare obez picotea mereu în timpul întrunirilor clubului Pickwick). Marii obezi sînt foarte predispuși la litiază biliară, insuficiență hepatică prin încărcare grasă a ficatului, la diabet, la alterări și hernii ale discurilor vertebrale, la artroze (mai ales ale genunchilor) și la afecțiuni dermatologice.

În afara acestor probleme medicale, acești bolnavi pot ridica și unele probleme de ordin social, psihologic și economic. Pot fi confruntați cu suferințe legate de căsătorie, de găsirea unei munci corespunzătoare, de îmbrăcăminte, sau se pot face chiar aprecieri ridicole și malițioase la

adresa lor. De aceea, ei tind să se izoleze şi cad într-o stare de depresiune psihică şi de inactivitate fizică, ceea ce le sporeşte obezitatea şi întreaga lor suferinţă, ajungînd la o totală incapacitate de muncă, o povară greu de suportat pentru familie şi societate.

Fără îndoială că tratamentul iniţial al obezităţii este cel medical, efectuat cît mai precoce, chiar de la începutul tendinţei de îngrăşare şi fondat pe următoarele trei elemente importante : regim de viaţă activă, consumatoare de energie ; regim alimentar hipocaloric ; tratament medicamentos. Numai un tratament medical constituit pe acest trepied şi respectat toată viaţa (nu numai pe o perioadă de cură) poate da rezultatul dorit, dar aceasta cere din partea bolnavului o disciplină fermă în aplicarea măsurilor menţionate, fără nici un compromis.

În practică, în general, se acordă prea mică importanţă *exerciţiilor fizice*, care să consume, să „ardă" grăsimea depusă ca plus de energie încorporată în organism. Sportul, gimnastica, înotul, mersul pe jos 8—10 km pe zi, executate după un program raţional, trebuie să constituie stilul de viaţă al oricărui obez.

Regimul alimentar hipocaloric, redus în grăsimi şi hidrocarbonate (dulciuri, făinoase), care să aducă organismului un număr de calorii mai mic decît energia consumată prin eforturile fizice, face ca grăsimea depusă să fie mobilizată şi utilizată ca energie cinetică, ducînd treptat la slăbire.

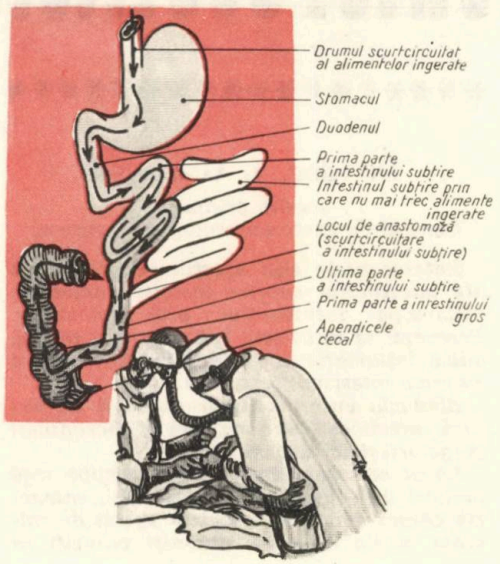
Din nefericire, majoritatea marilor obezi nu respectă o îmbinare a acestor laturi esenţiale ale tratamentului, sau îl aplică cu succes numai pentru scurt timp, revenind apoi, prin abandon, la greutatea anterioară.

În ceea ce priveşte folosirea diferitelor medicamente, unele hormonale (mai ales tiroidă) şi altele anorexigene, astăzi sînt tot mai puţin recomandate şi chiar proscrise, deoarece s-a constatat că eficienţa lor apare numai la doze toxice, astfel încît tratamentul devine mai periculos decît boala însăşi.

Faţă de numeroasele eşecuri ale tratamentului medical, chirurgia poate să ofere o posibilitate certă de slăbire a marilor obezi. Intervenţia chirurgicală pentru obezitate reprezintă o „măsură severă" ce se adresează numai cazurilor de obezitate excesivă.

Prin operaţia chirurgicală se reduce drastic suprafaţa de absorbţie a intestinului subţire, lăsînd în circuitul alimentar numai 60—70 cm, restul de aproximativ 5—6 m de intestin fiind scurtcircuitat ; deşi rămîne în organism, prin acesta nu vor mai trece alimentele ingerate (vezi figura). În această situaţie, deşi obezul se alimentează conform poftei lui, datorită absorbţiei mult scăzute, el va slăbi inevitabil, consistent şi definitiv. Această operaţie, realizată pentru prima dată de Payne şi De Wind, s-a aplicat şi la noi în ţară începînd cu anul 1973, la peste 150 de mari obezi, cu rezultate spectaculoase : se ajunge la greutatea ideală după un interval de aproximativ 2 ani de la operaţie şi, fapt foarte interesant, scăderea în greutate după această perioadă se opreşte, datorită unei hipertrofii de acomodare a intestinului rămas în circuitul digestiv. În afară de acest imens beneficiu de a reveni la greutatea normală, bolnavii profită din plin şi de scăderea accentuată a acelor factori de risc cardiovasculari : hipercolesterolemia, hiperlipidemia, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, diabetul, artroza, flebita şi varicele. Ameliorarea impresionantă a acestor tulburări metabolice grave cu consecinţele lor, care se întîlnesc la toţi marii obezi, duce în ultimă instanţă la creşterea longevităţii acestora.

Dacă acestea sînt rezultatele pe care le obţinem prin operaţia de scurtcircuitare jejunoileală la marii obezi, atunci de ce nu se indică la toţi obezii ? Nu putem extinde această operaţie la toţi obezii, deoarece ea este totuşi o operaţie antifiziologică, prin care producem operatului un *sindrom de malabsorbţie*, cu neplăcerile şi chiar pericolele lui, care, de multe ori, depăşesc pe cele ale obezităţii obişnuite. Astfel, la marii obezi, înlocuirea unei groaznice suferinţe cu alta mai mică şi controlabilă poate fi justificată.



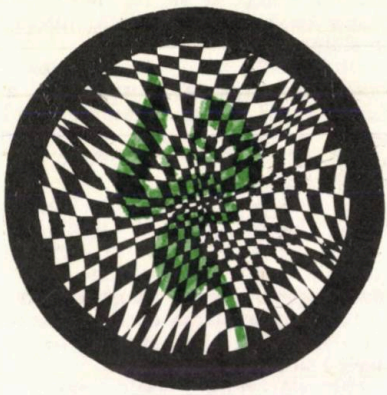
Care sînt neplăcerile şi pericolele acestei operaţii ?

În primul rînd, operatul va avea scaune diareice, în primele luni 6—12 pe zi, apoi cu timpul 2—3 pe zi. Pentru diminuarea lor, unii bolnavi trebuie să ţină regim fără grăsimi şi să urmeze un tratament. Din cauza diareei şi malabsorbţiei, operaţii sînt expuşi la hipoproteinemie, la tulburări electrolitice cu scăderea, mai ales, a calciului, potasiului şi magneziului din organism, la hipovitaminoze (în special de vitamina B_{12}), fiecare din acestea şi toate la un loc, solicitînd din partea medicului şi a bolnavului o grijă permanentă pentru depistarea şi corectarea tulburărilor şi suferinţelor generate. Din cauza hipoproteinemiei, la un oarecare procent de operaţi se produce o pierdere exagerată a părului, corectabilă printr-un regim bogat în proteine. Alţi bolnavi fac crize repetate cu dureri articulare, calculi urinari şi calculi biliari. În sfîrşit, un procent mai mic, cu denutriţie excesivă, pot face insuficienţă hepatică, uneori gravă, motiv pentru care cer reintervenţia chirurgicală în vederea reintegrării întregului intestin subţire în circuitul alimentar.

Pentru toate aceste motive şi pentru faptul că nu cunoaştem care este viitorul îndepărtat al acestor mari obezi operaţi, nu am indicat intervenţia chirurgicală decît pe baza unor criterii riguroase de selecţie, pe care le considerăm obligatorii : obezitatea să fie mare (greutatea bolnavului să depăşească dublul greutăţii ideale) ; bolnavul să nu aibă peste 50 de ani ; să fi făcut, fără succes, un tratament medical de slăbire minimum 5 ani ; să nu aibă drept cauză a obezităţii o disfuncţie endocrină corectabilă ; să nu fie alcoolic ; să dorească operaţia chiar şi după ce i s-au adus la cunoştinţă atît şansele de succes, cît şi complicaţiile posibile şi eventualele neplăceri postoperatorii şi, în sfîrşit, bolnavul să aibă capacitatea mintală şi stabilitatea psihică de a suporta operaţia şi sechelele postoperatorii.

Respectînd cu stricteţe toate aceste criterii, am putut asigura tuturor bolnavilor operaţi rezultate optime şi satisfacţie deplină în ameliorarea vieţii lor după slăbire, cu reintegrare socială şi familială.

enterocolitele



Dr. doc. **I. Gherman**

medic primar,
Centrul de gastroenterologie, Bucureşti

Enterocolitele sînt afecţiuni inflamatorii ale intestinului subţire însoţite adesea de inflamaţia intestinului gros (colonului). Frecvent, se întîlneşte şi fenomenul invers, adică inflamaţia intestinului gros asociată cu cea a intestinului subţire.

Etiologia enterocolitelor poate fi de natură infecţioasă, dar mai pot fi incriminaţi şi factorii fizici sau chimici.

Locul cel mai important îl ocupă însă factorii de origine infecţioasă, din categoria cărora fac parte diferite specii de microbi, unele virusuri, anumiţi paraziţi cu localizare intestinală şi chiar cîteva specii de ciuperci (fungi), care pot evolua în intestinul subţire sau în intestinul gros.

Enterocolitele provocate de asemenea germeni infecţioşi se întîlnesc la orice vîrstă, au un caracter epidemic (apărînd uneori la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii) şi sînt destul de frecvent răspîndite.

Factorii chimici din etiologia unor enterocolite sînt reprezentaţi de diferite substanţe chimice toxice (enterocolitele întîlnite în unele intoxicaţii profesionale sau

accidentale) sau de unele medicamente luate în mod abuziv, iar dintre factorii fizici menționăm alimentele prea reci sau prea fierbinți, ca și unele băuturi fermentate, ce pot favoriza tulburări digestive.

Diversitatea agenților patogeni care intră în etiologia acestor enterocolite, ca și agresivitatea lor diferită, explică formele clinice variate sub care se prezintă.

Din punct de vedere al evoluției clinice, enterocolitele se împart în: enterocolite acute și enterocolite cronice. Într-adevăr, pe lîngă forme ușoare, cu o simptomatologie săracă și cu o evoluție favorabilă — determinate de germeni cu o patogenitate redusă — există și enterocolite acute, epidemice, cu o simptomatologie bogată și cu o evoluție severă, determinate de specii din genul Salmonella sau Shigella. Enterocolitele acute, mai frecvente în sezonul cald, încep brusc și se însoțesc de grețuri, vărsături, balonări, dureri abdominale și o febră care poate depăși 39°. Diareea, persistentă, este formată din 5—10 scaune pe zi.

Sub influența unui tratament adecvat, enterocolitele acute se pot vindeca (mai rar spontan), alteori pot evolua spre enterocolite cronice. Acestea sînt, de regulă, secundare enterocolitelor acute. Dar se pot întîlni unele enterocolite cronice și la bolnavii cu lipsă de acid clorhidric (achilie gastrică) sau la cei care au fost supuși unei rezecții gastrice și la care trecerea rapidă a alimentelor poate fi însoțită de unele tulburări de tranzit intestinal și de digestie.

Enterocolitele cronice încep de obicei lent, cu dureri abdominale difuze și vagi, grețuri, balonări și perioade de diaree, cu 2—6 scaune pe zi. Perioadele de diaree sînt adeseori urmate de perioade de tranzit normal sau chiar de constipație, după care se poate ajunge din nou la perioade de diaree, în urma unor greșeli de alimentație, a intervenției unor factori psihoemoționali sau a utilizării abuzive de laxative.

Enterocolitele cronice cu diaree prelungită, însoțite de pierderi însemnate de lichide și care uneori evoluează cu tulburări de absorbție a grăsimilor și proteinelor, au un caracter destul de grav. Or, această evoluție gravă, precum și frecvența cu care se pot întîlni, ne obligă să acordăm o atenție sporită combaterii și profilaxiei acestor boli. Ca și în alte cazuri, și în aceste boli este mult mai ușor să previi decît să tratezi. Caracterul transmisibil al enterocolitelor acute infecțioase atrage în special atenția asupra măsurilor ce se impun pentru a împiedica răspîndirea bolii la persoanele din jur. Depistarea unor asemenea cazuri este în mod justificat urmată de izolarea lor, ca și de o serie de măsuri de dezinfecție care vizează să facă inofensivi germenii pe care-i elimină bolnavul respectiv.

În general, în apariția și răspîndirea enterocolitelor acute sau cronice, un rol important revine alimentației. Ingerarea de alimente alterate și contaminate sau a apei infectate, ca și unele obiceiuri alimentare nesănătoase, constituie adesea cauza apariției diferitelor cazuri de enterocolite. De aceea, se recomandă ca apa de băut să provină numai din surse controlate, iar alimentele să fie întotdeauna păstrate în condiții de igienă perfectă. În prevenirea enterocolitelor, pentru rolul de factori favorizanți ce-l pot avea, se recomandă respectarea orarului meselor, o masticație suficientă a alimentelor, evitarea abuzurilor alimentare sau a condimentelor și întocmirea de regimuri echilibrate. De asemenea, se vor evita alimentele prea reci sau prea fierbinți, ca și băuturile fermentate.

În prevenirea enterocolitelor din intoxicațiile profesionale (sau accidentale) se impune respectarea cu strictețe a măsurilor de protecție a muncii. Pe de altă parte, rolul ce-l au unele medicamente în declanșarea enterocolitelor ne obligă la atenția care trebuie acordată utilizării judicioase a acestora, mai ales cînd este vorba de purgative, laxative, sulfamide, antibiotice sau corticoizi.

În profilaxia enterocolitelor gastrectomizaților, se cere un regim dietetic de cruțare prelungit, cu evitarea, printre altele, a alimentelor netolerate și cu administrarea eventuală de acidopeps și de substanțe care să stimuleze secrețiile biliopancreatice. Un regim de cruțare digestivă, asociat cu acidopeps, fermenți pancreatici și chiar antibiotice, va fi administrat și în cazurile de aclorhidrie gastrică.

Alergia alimentară, însoțită de tulburări de tranzit intestinal, va fi prevenită prin excluderea din alimentație a alimentelor netolerate. Cum enterocolitele acute se pot croniciza uneori, se recomandă ca în faza acută tratamentele aplicate să fie corecte și complete, iar în convalescența acestora să se respecte un regim alimentar de cruțare digestivă.

Nu putem să nu amintim rolul pe care-l au în răspîndirea enterocolitelor mîinile murdare, eventual contaminate. De aceea, întreținerea igienică a mîinilor, spălarea regulată a fructelor și zarzavaturilor, ca și respectarea în general a diferitelor alte reguli de igienă individuală și colectivă intră obligatoriu în rîndul măsurilor de profilaxie a enterocolitelor.

Un ritm de viață ordonat, cu evitarea traumelor psihice și a stresului nervos permanent, trebuie, de asemenea, avute în vedere atunci cînd este vorba de profilaxia acestor boli, care ocupă un loc destul de important atît în patologia copilului, cît și a adultului.

LITIAZA BILIARĂ
o suferință frecventă

Dr. Gh. Bucur
Spitalul „Brîncovenesc"

Cunoscute din cele mai vechi timpuri, încă de pe vremea lui Hipocrate și Galen, suferințele biliare constituie o cauză frecventă de îmbolnăvire a omului modern.

Formarea în bilă a concrețiunilor („pietrelor") poartă numele de litiază biliară („piatră la ficat"). Acest proces patologic poate fi însoțit de suferințe importante din partea organismului, reprezentînd cea mai frecventă boală a căilor biliare.

Litiaza biliară este o boală destul de răspîndită, estimîndu-se că 10% din populație face litiază biliară. Ea este mai frecventă la femei și această preponderență este explicată prin unele particularități ale metabolismului acizilor biliari la femeie, influența hormonilor estrogeni, a condițiilor specifice create de sarcină și menopauză. Un alt factor favorizant îl constituie vîrsta. Litiaza biliară este rară la copii și crește ca frecvență odată cu înaintarea în vîrstă, cunoscînd o incidență mai mare după 40 de ani. Prezintă, de asemenea, și unele particularități geografice : se întîlnește într-o proporție crescută în unele țări ca : Germania, Anglia, Franța, Suedia, Statele Unite ale Americii, și este foarte rară la unele populații din India, Egipt, Vietnam. În urma cercetărilor efectuate, s-a constatat o legătură între factorii alimentari și incidența crescută a litiazei biliare. Astfel, populația cu obiceiuri alimentare care includ consum mare de grăsimi fac litiază într-o proporție mai mare decît cele la care alimentația este, în mod particular, bogată în vegetale. În anumite regiuni din Olanda, înainte de război, datorită unei alimentații bogate, cazurile de litiază biliară erau crescute. În timpul războiului însă, cînd privațiunile alimentare au fost mai însemnate, îmbolnăvirile prin litiază biliară au scăzut simțitor pentru ca, după război, să crească din nou.

În Japonia, la populația de la orașe, cu un grad mare de sedentarism și anumite obiceiuri alimentare, se întîlnește litiază colesterolică, în timp ce la populația din mediul rural sau muncitoresc se constată mai frecvent litiaza pigmentară.

Iată prin urmare că sînt anumiți factori genetici, de sex, de vîrstă, alimentari, hormonali, care favorizează litiaza biliară. Unele infecții biliare, staza biliară, unele boli generale, cum este diabetul zaharat, contribuie la formarea calculilor, favorizînd precipitarea în bilă (litogeneza).

Modul de formare a calculilor biliari a fost multă vreme necunoscut și de domeniul ipotezelor. Astăzi, acest mecanism a fost în mare parte elucidat. Bila este un lichid biologic produs de ficat, prin care se vehiculează spre intestin o serie de substanțe fie elaborate la nivelul celulei hepatice, fie preluate de către aceasta din sînge și eliminate prin bilă. Menținerea bilei în stare lichidă este absolut necesară pentru scurgerea acesteia prin căile biliare în intestin. Printre substanțele care sînt vehiculate prin bilă se numără : colesterolul, sărurile biliare, lecitina, bilirubina, sărurile de calciu. Starea lichidă a bilei este asigurată de existența unui anumit echilibru, unui anumit raport de concentrație în bilă, îndeosebi între colesterol și sărurile biliare și lecitină (fosfolipide). Acești constituenți în bila normală se găsesc cuprinși în așa-numitele micele, niște agregate macromoleculare, care asigură stabilitatea și solubilitatea bilei. Cînd concentrația colesterolului față de ceilalți constituenți biliari crește peste anumite limite, datorită fie producerii crescute de colesterol de către ficat, fie scăderii secreției de săruri biliare și fosfolipide (lecitină), atunci colesterolul precipită și se formează calculii (pietrele) de colesterol.

Alteori calculii sînt formați prin precipitarea bilirubinei în exces în bilă, în cadrul unor boli de sînge cu distrugere mare de globule roșii, sau în cursul unor infecții biliare, cînd se favorizează formarea unor complexe bilirubină-săruri de calciu, care precipită, alcătuind calculi pigmentari.

Sînt cazuri cînd procesul de precipitare în bilă este asociat unei tulburări a concentrației colesterolului, urmînd o infecție biliară, situație în care apar calculi micști, cu straturi diferite.

Calculii se pot forma atît în căile biliare intrahepatice, deci în ficat, cît mai ales în cele extrahepatice și, în primul rînd, în vezicula biliară, care este rezervorul biliar unde se stochează și se concentrează bila pentru un timp, după care este eliminată în duoden (în mod ritmic în raport cu digestia).

Cum se manifestă litiaza biliară ?

În mod obișnuit litiaza biliară își trădează existența prin apariția colicii biliare, o durere violentă resimțită sub rebordul costal drept, care iradiază în spate și în umărul drept, însoțită de imposibilitatea de a inspira profund. Concomitent, bolnavul

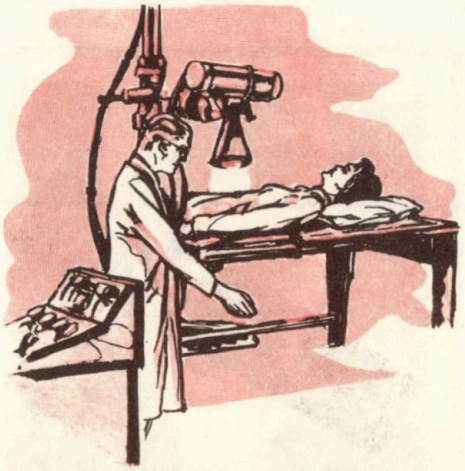
prezintă balonare, greață, vărsături bilioase. De obicei această durere începe brusc, la cîteva ore după masă, îndeosebi după masa de seară, în jurul orelor 2—3 noaptea. Mesele bogate în grăsimi, prăjeli, ciocolată, ouă, maioneze, consum abundent de băuturi sau după emoții puternice, surmenaj, perioada menstruală, constituie factori care pot declanșa crizele.

Uneori, calculii biliari nu se manifestă prin nici un simptom și sînt descoperiți întîmplător cu ocazia unui examen radiologic, intervenții chirurgicale sau niciodată.

Litiaza biliară se poate manifesta însă printr-o infecție a căilor biliare și veziculei (angiocolecistita acută), printr-o blocare a bilei în vezicula biliară, datorită obstrucției prin calcul a orificiului de eliminare (hidrops, piocolecist) sau chiar prin perforația veziculei biliare, cu vărsarea conținutului infectat în cavitatea peritoneală (peritonita biliară). Există însă și posibilitatea ca pe o veziculă calculoasă să se poată grefa un cancer. Aceste complicații ale litiazei biliare, dintre care unele reprezintă urgențe medico-chirurgicale, pot constitui, în același timp, și prima manifestare a litiazei.

Cum se tratează litiaza biliară? Există oare posibilitatea de a o preveni?

Deși predispoziția ereditară pentru litiază este un fapt stabilit, totuși diverși factori care au fost menționați și care pot interveni în determinismul litiazei trebuie avuți în vedere pentru combaterea îmbolnăvirilor prin litiază biliară. Evitarea sedentarismului (prin gimnastică, mișcare), a abuzurilor alimentare, îndeosebi a excesului de grăsimi, concentrate de carne, care duc la perturbări metabolice și obezitate, tratamentul corect al tulburărilor hormonale la femei, corectarea tulburărilor ce pot produce stază biliară, tratamentul corect al infecțiilor biliare contribuie atît la profilaxia formării calculilor, cît și — atunci cînd s-au format — la protejarea bolnavului împotriva apariției durerilor biliare (colicilor), precum și a eventualelor complicații.

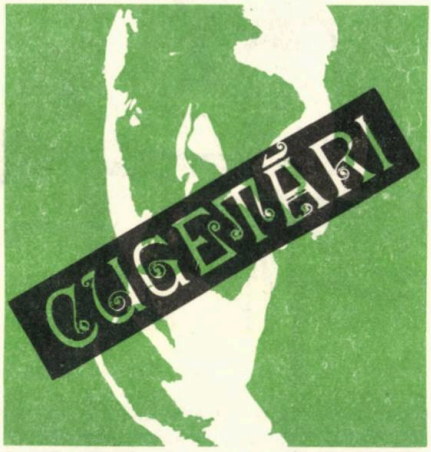


Odată depistată litiaza biliară, în urma examenului medical complet, îndeosebi vizualizarea calculului pe radiografie (colangiocolecistografie), intervenția chirurgicală este atitudinea terapeutică cea mai indicată. Progresele chirurgiei moderne reduc la minimum riscul operator. Operația se poate temporiza numai în anumite cazuri și este contraindicată, în mod excepțional, cînd starea bolnavului (insuficiența cardiacă și hepatică avansată, de exemplu) ar face riscantă intervenția. Aceste eventualități sînt apreciate de către medici cu foarte mult discernămînt.

Ce poate face un bolnav care prezintă o durere de origine biliară, în lipsa sau pînă la venirea medicului?

Contra durerilor se pot lua cu puțină apă sau ceai 1—2 tablete de Lizadon sau Scobutil, sau se pun supozitoare de Lizadon, Scobutil, Scobutil compus. Contra greților și vărsăturilor 1—2 tablete de Emetiral (sau în supozitoare). Dacă permite ingestia, un ceai călduț de mentă și sunătoare sau ceai contra colicilor poate ameliora durerea.

Bolnavul cu colici biliare intense, eventual cu febră, trebuie consultat de medic, singurul în măsură să aprecieze conduita terapeutică.



● S-au inventat atîtea lucruri pe seama mea încît nu știu ce s-ar mai putea adăuga. Poate doar adevărul.

● Între egoist și avar există o oarecare diferență : primul rabdă și adună, al doilea adună și rabdă.

● Iartă-mă, dar văd că boema dumitale n-a chemat muzele, ci Sanepidul !

● Calomniatorul : acest furnizor de noroaie în zile frumoase !

● Și-a pierdut capul și acum nu mai știe pe unde să scoată cămașa.

● Amintirile : reluări în lipsa premierelor.

● Umoristul anesteziază, satiricul operează.

● Cîinele este cu adevărat prietenul omului, pentru că adesea îl ferește chiar de prieteni.

● Degeaba te compari cu un om deștept dacă nu se compară și el cu tine !

Rodica Tott

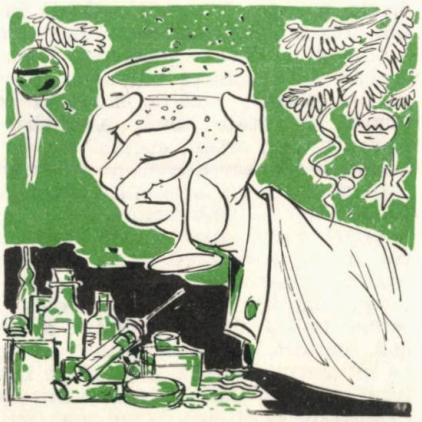
EPIGRAME

UNUIA CARE FACE ABUZ DE MEDICAMENTE

De ți-ai cîntări, vecine,
Doctoriile luate,
Cantitatea de buline
Te-ar întrece-n greutate !

UNUI PĂRINTE FUMĂTOR

„Nu fuma" — țipa Tănase
La fetița sa, Aimée.
Sfaturile-s sănătoase,
Dar exemplul lui e ne...



UNEI SURORI MEDICALE

Fug microbii ca de foc,
Dar se-ntîmplă cam aşa :
Are ac de-al lor cojoc !
Însă, tot pe pielea mea.

RĂVAŞE

Mult noroc şi sănătate !
Bolile eradicate.
Doctorii mai numeroase,
Asistente mai miloase.

URARE

Mult noroc şi sănătate !
Bucurii nenumărate,
Iar succesele cu vrafu
Vă urează

G. Zarafu

SÎNGELE şi importanţa sa terapeutică

Dacă pînă în urmă cu cîteva secole, folosirea în terapeutică a sîngelui se făcea sub unica formă de sînge total, astăzi s-a ajuns atît de departe, încît s-a reuşit să se obţină din sînge aproximativ 40 de preparate medicamentoase.

Separarea din sîngele total a elementelor celulare, denumite şi elemente figurate — globulele roşii, albe şi plachetele sanguine — şi a componentei sale lichidiene — plasma — a constituit punctul de plecare al cercetărilor, care au avut ca rezultat lărgirea considerabilă a indicaţiilor terapeutice, utilizarea extinzîndu-se de la scopul substitutiv, adică înlocuirea unei cantităţi de sînge pierdute, la cel profilactic, poate cu mult mai important decît indicaţia iniţială.

Pe măsura creşterii cerinţelor şi a necesităţii diversificării preparatelor de sînge, s-a constatat că sîngele de animal nu corespunde întru totul necesităţilor terapeutice la om, iar pe de altă parte — fapt deloc neglijabil — expune la anumite riscuri şi accidente.

În acest context general, cantitatea de sînge necesară obţinerii de preparate este tot mai mare, fapt care conferă acestei probleme o amploare de ordin naţional.

Problema folosirii sîngelui în scop terapeutic nu este nouă, ea constituind o preocupare foarte veche a omenirii, însă datorită nivelului restrîns de cunoştinţe me-

dicale, a putut fi corect aplicată în practică abia la începutul secolului nostru.

Emoţia pe care o încercăm astăzi, cînd vorbim de înlocuirea organelor, cunoscînd că sînt bolnavi a căror existenţă depinde numai de posibilitatea efectuării unui transplant de organ, aceeaşi emoţie o încercau şi cei care asistau la primele transfuzii de sînge de la sfîrşitul secolului trecut şi începutul celui actual.

Astfel, s-a realizat o idee care s-a născut, de fapt, cu 1 000 de ani înaintea erei noastre, consemnată în inscripţiile unor temple egiptene în care se ridica pentru prima dată problema utilizării sîngelui în scop curativ. Descrisă iniţial ca metodă de întinerire, transfuzia de sînge figura în jurul anilor 550 î.e.n. în cartea înţelepciunii „Tanaquil" şi cu 200 de ani mai tîrziu Heraphilos din Alexandria o reactualiza.

Marele poet Ovidiu, în cea de a 7-a carte a Metamorfozelor, a pus în gura legendarei Medeea următorul sfat pe care aceasta îl da fiicelor bătrînului Peleas : „tăiaţi-i vinele să curgă sîngele cel vechi şi umpleţi-i vinele goale cu sînge tînăr". Multă vreme după aceasta, transfuzia a fost cunoscută sub numele de „cură medeeană".

După un interval de timp atît de lung, care învăluie trecutul în legendă, este greu să desluşim faptele reale, mai ales că, în toate aceste comunicări sumare, termenul de transfuzie poate avea şi sensul de „primire", „introducere", „turnare" etc., ceea ce ne face să presupunem că sîngele era mai degrabă băut, decît transfuzat.

Pînă în evul mediu nu se mai aminteşte în scrierile timpului de vreo tentativă terapeutică cu sînge sau cu vreun derivat al acestuia. Abia în secolul al XV-lea se notează într-o cronică faptul că Papa Inocenţiu al VIII-lea şi-a recîştigat sănătatea după ce a băut sînge de la trei tineri.

În secolul următor apar însă numeroase date care surprind chiar prin apropierea lor de realitatea biologică ; astfel, tehnica transfuziei, descrisă în anul 1615 de către Libavius, nu diferă prea mult de cele utilizate pînă în urmă cu cîteva zeci de ani. Nu după mult timp, Harvey descoperă circulaţia sanguină, iar Lomer reuşeşte să facă prima transfuzie de la animal la animal.

Concomitent, în mai multe ţări este încercată transfuzia de sînge de la om la om, dar mai ales de la animal la om, şi în acest sens merită menţionată, pentru nenumăratele discuţii stîrnite, cea făcută în anul 1667 de către J. B. Denis, medicul lui Ludovic al XIV-lea. Acesta introduce sîngele unui miel la un bolnav care fusese sîngerat, cu rezultat — bineînţeles — fatal.

Datorită numeroaselor accidente inerente necunoaşterii incompatibilităţii de grup sau de specie, în secolele următoare încercările de efectuare a transfuziilor sînt extrem de rare şi fără să aducă nimic nou. Abia după anul 1800 apar lucrări ştiinţifice privitoare la tehnica şi rezultatele transfuziei, dintre care, cea mai importantă este aceea a lui Landis, din 1875, deci cu 100 de ani în urmă, prin care relevă 150 de succese din 347 de încercări (insuccesele fiind reprezentate de pierderi de vieţi omeneşti).

Secolul al XX-lea deschide, chiar din primul său an, perioada cu adevărat ştiinţifică a folosirii sîngelui în scop curativ. Chiar în anul 1900, Landsteiner constată că unele seruri umane aglutinează şi distrug globulele roşii aparţinînd altor oameni, al căror sînge aparţine altei grupări. De aceea, bazat pe observaţii proprii, autorul împarte sîngele uman în trei grupe, în funcţie de unele caractere antigenice ale globulelor roşii : A, B şi 0, după care, la scurt timp, Decastello şi Iansky adaugă şi grupa AB, clasificare care a rămas definitivă pînă astăzi.

În folosirea terapeutică a sîngelui, cîteva momente sînt de importanţă deosebită şi anume :

— descoperirea celor 4 grupe sanguine : A, B, 0 şi AB, care a permis transfuziilor să intre în practica medicală curentă ;

— descoperirea modalităţii de a face sîngele incoagulabil (Rous şi Turner în anul 1946), ceea ce a deschis posibilitatea conservării lui ;

— descoperirea modalităţilor de a utiliza separat elementele figurate ale sîngelui şi componenta sa lichidiană — plasma ;

— descoperirea sistemelor de histocompatibilitate, care a deschis era transplantărilor de organ.

În ţara noastră, practica transfuziei este deschisă de dr. Virgil T. Ionescu, care în anul 1923 efectuează primele transfuzii la bolnavii operaţi, iar după 10 ani foloseşte cu succes, în acelaşi scop, sîngele conservat timp de 9 zile.

Această scurtă incursiune în istoricul transfuziei de sînge scoate în relief preocupările omenirii în vederea folosirii sîngelui în scop curativ, munca plină de abnegaţie şi curaj a înaintaşilor medicinii — nu de puţine ori supuşi persecuţiilor bisericii şi inchiziţiei — eforturi încununate de succes şi ai căror beneficiari sîntem noi, cei de astăzi. Afirmaţia este pe deplin justificată de faptul că, practic, nu există persoană care să nu fi beneficiat de aportul unui preparat de sînge, mulţi bolnavi datorînd viaţa sîngelui sau unui derivat al acestuia.

Folosit iniţial în scop substitutiv — în chirurgie, pentru înlocuirea masei de sînge pierdut în timpul operaţiei — astăzi, sîngele şi-a lărgit mult sfera indicaţiilor ; în plus, preparatele obţinute din sînge sînt mult mai mult utilizate în terapeutică decît chiar sîngele ca atare. Pe măsură ce mijloacele tehnice se perfecţionează, se obţin tot mai multe preparate de

origine sanguină cu largi indicaţii terapeutice.

Astfel, sîngele şi derivatele lui se utilizează : în *scop substitutiv* şi în *reanimare* (hemoragii mari, starea de şoc traumatic, operator, septic etc.) ; în *bolile de sînge* în care sînt afectate globulele albe, roşii şi trombocitele şi în care transfuzia de sînge total sau a unor fracţiuni ale sale constituie una din componentele principale ale tratamentului ; în *scopul stimulării mijloacelor de apărare a organismului, imunoterapia* — achiziţie terapeutică relativ recentă şi de mare eficacitate. Este vorba de administrarea de gamaglobuline, denumite şi imunoglobuline, standard sau specifice, care administrate preventiv sau chiar curativ evită îmbolnăvirea de boli grave, mortale (variola, turbarea, difteria, tetanosul) sau reduc mult gravitatea altora (tusea convulsivă la copiii mici, rujeola, oreionul, hepatita epidemică etc.) ; în *scop hemostatic* — oprirea unei hemoragii, fie cu ajutorul sîngelui total, fie cu diferite preparate de sînge, (trombină, fibrină, fibrinogen) ; în *scop stimulant* al cicatrizării plăgilor atone, trenante, sau în vederea stimulării sistemului nervos central (de exemplu : preparatul Hematodin).

Lărgirea gamei de indicaţii terapeutice ale sîngelui şi ale preparatelor obţinute a dus în mod implicit la creşterea necesităţilor de materie primă — sînge total.

Cum pînă în prezent nu s-a putut obţine pe cale sintetică un preparat care să poată înlocui sîngele sau care să constituie materie primă pentru diversele preparate de sînge, rămîne ca singură sursă sîngele uman, recoltat de la donatorii voluntari, ceea ce are ca urmare creşterea cantităţilor de sînge proaspăt şi conservat. Cu toate acestea, ele rămîn cu mult sub nevoile terapeutice, nevoi care sînt în continuă creştere.

Pentru a ne face o imagine asupra importanţei vitale, salvatoare a sîngelui folosit ca atare în terapeutică, este suficient să amintim că un bolnav cu insuficienţă hepatică gravă necesită între 5 şi 13 litri de sînge.

Dar în afara acestor cazuri dramatice, de urgenţă extremă, sîngele uman este necesar, în măsură cel puţin egală, în multiple situaţii mai puţin dramatice, în aparenţă, dar în care administrarea unui preparat extras din sînge scuteşte omenirea de un tribut greu în vieţi şi în suferinţe omeneşti, cu mult mai importante numeric decît cazurile cu evoluţie rapidă, acută, cu tablou clinic dramatic, impresionabil.

Este vorba de imunopreparatele obţinute din sînge şi datorită cărora a fost posibilă eradicarea în multe regiuni geografice a unor boli infectocontagioase cu evoluţie letală. În acest sens, ne reamintim că în timpul cruciadelor, populaţia Europei s-a redus la un sfert (de la 100 de milioane la 25 de milioane) datorită rolului de vector pe care l-au jucat cruciaţii angajaţi în eliberarea locurilor sfinte şi care, în drumul lor de la un capăt la altul al Europei, au transmis holera şi ciuma în toate regiunile pe care le parcurgeau.

Cu toate că amploarea pierderilor omeneşti prin boli infectocontagioase nu mai este aşa de mare astăzi, totuşi, în anumite regiuni de pe glob, mortalitatea prin holeră, variolă, turbare, malarie etc., se menţine încă ridicată.

Introducerea în terapeutică a imunopreparatelor — gamaglobulinele standard sau specifice — a făcut ca în ţara noastră unele boli infectocontagioase să fie eradicate (variola, difteria, turbarea, paralizia infantilă), iar altele să fie pe cale de eradicare (tetanosul, tusea convulsivă etc.). De menţionat faptul că Organizaţia Mondială a Sănătăţii a decretat anul 1973 ca un an al eradicării variolei pe plan mondial, realizare de o însemnătate excepţională, posibilă şi cu ajutorul imunopreparatelor gamaglobulinice de origine sanguină.

Dacă avem în vedere faptul că, practic, nu există copil care să nu fi primit un preparat de sînge cu acţiune profilactică (gamaglobuline specifice sau nespecifice), că un număr însemnat de persoane adulte au beneficiat de sînge, plasmă sau albumină umană, avem în faţă adevăratele dimensiuni ale problemei necesarului de sînge uman.

Aşadar, din cele relatate ne putem da seama de valoarea terapeutică a sîngelui şi a preparatelor care se obţin din sîngele uman, înţelegem că noi sîntem beneficiarii acestuia şi că un anumit cuantum din sănătatea de care ne bucurăm se datoreşte sîngelui.

De aceea, avem datoria de a restitui societăţii, prin donări de sînge, o mică parte din sîngele pe care l-am primit fie ca atare, fie sub forma unor derivate.

Îndeplinirea datoriei faţă de conştiinţa noastră individuală şi naţională ne permite să asigurăm îmbunătăţirea continuă a vigorii şi sănătăţii poporului nostru, moştenire biologică de mare preţ.

Dr. Emil Popescu

Ce este ANEMIA?

Prof. dr. doc. **ŞT. BERCEANU**,
dr. **STĂNICĂ NICOARĂ**

Clinica de hematologie, Spitalul „Fundeni"

Globulele roşii din sînge sînt celule specializate pentru transportul gazelor respiratorii. Ele transportă O_2 de la plămîni la ţesuturi şi o parte din CO_2 de la ţesuturi la plămîni. Această funcţie este posibilă graţie existenţei în globulele roşii a pigmentului respirator — hemoglobina. Hemoglobina are o structură specială, care îi permite de a se combina, în mod reversibil, cu O_2 şi CO_2.

Numărul de globule roşii şi cantitatea de hemoglobină din sînge sînt menţinute în anumite limite normale printr-un echilibru dinamic între producţie şi distrucţie (fig. 1). În 24 de ore se produc şi se distrug aproximativ 25 ml de globule roşii. Aceasta corespunde cu aproximativ 8 g de hemoglobină.

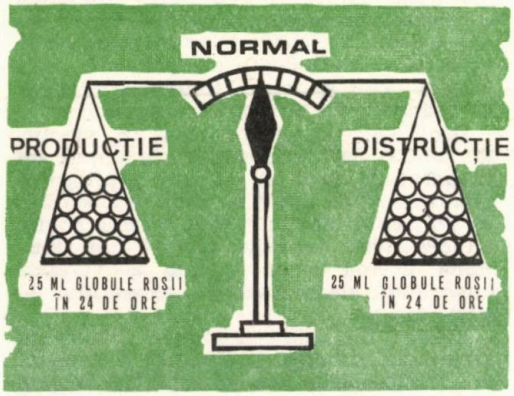


Fig. 1. — Echilibrul dintre producţia şi distrucţia de globule roşii.

Ruperea echilibrului dintre producţia şi distrucţia de globule roşii poate avea drept consecinţă o scădere a numărului de globule roşii şi a hemoglobinei din sînge. Această stare anormală poartă numele de *anemie*. Anemia se poate defini prin scăderea numărului de globule roşii şi a cantităţii de hemoglobină din sînge sub valoarea normală, corespunzătoare vîrstei şi sexului respectiv. Se consideră că are anemie un bărbat cu un număr de globule roşii sub 4 200 000/mm^3 şi hemoglobina sub 13 g, iar o femeie, cu un număr de globule roşii sub 3 700 000/mm^3 şi hemoglobina sub 12 g. Pentru stabilirea diagnosticului de anemie, pe lîngă numărarea globulelor roşii şi dozarea hemoglobinei, este obligatorie şi determinarea hematocritului, metodă de o mare precizie.

În esenţă, anemia se poate produce prin două mecanisme principale: 1) distrucţie (sau pierdere) excesivă de globule roşii sau 2) producţia scăzută de globule roşii (sau de hemoglobină) (fig. 2). Este posibilă însă şi o combinaţie a celor două mecanisme principale.

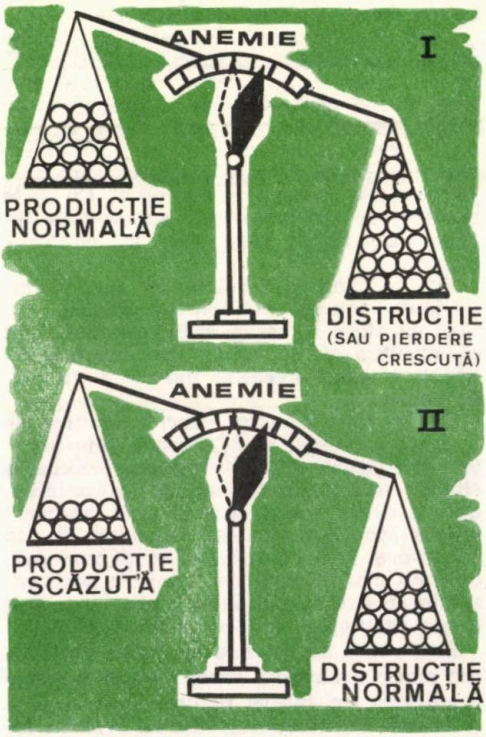


Fig. 2. — Mecanismele principale de producere a anemiei.

Este anemia o boală ?

Anemia este un semn şi nu o boală. Ea este un semnal periferic pentru o boală de bază, care trebuie descoperită şi tratată. Boala de bază poate fi extrem de diversă, ereditară sau cîştigată. Depistarea ei nu poate fi făcută decît de medic.

Gravitatea bolii de bază nu este întotdeauna paralelă cu gradul de anemie. Astfel, o anemie severă poate fi consecinţa unor cauze uşor de înlăturat, cum sînt : hemoroizii, fibromul uterin sau deficienţele alimentare. În schimb, o anemie moderată poate fi asociată unor boli grave, cum este un cancer al tubului digestiv

Care este tratamentul corect al unei anemii ?

Nu putem să tratăm corect o anemie decît după ce am făcut investigaţiile necesare pentru a descoperi mecanismele şi/ sau cauzele ei profunde.

Tratamentul corect al unei anemii este, aşadar, cel al mecanismelor şi al cauzelor care au produs-o. O anemie prin lipsă de fier se tratează cu fier, dar se înlătură sau se tratează şi cauzele care au dus la lipsa de fier (hemoroizi, fibrom uterin, ulcer etc.). O anemie prin deficit de vitamina B_{12}, se tratează cu vitamina B_{12}, dar se înlătură, dacă este posibil, cauza care a dus la acest deficit (exemplu : prezenţa unui parazit, ca botricefalul). Anemia prin deficit de acid folic se tratează cu acid folic, dar se tratează şi cauzele deficitului (alimentare, alcoolism, boli hepatice sau ale intestinului subţire, boli de sînge etc.). Rareori deficitele sînt mixte sau complexe. Unele anemii, care au la bază mecanisme autoimune, sînt tratate cu corticosteroizi, imunosupresive sau splenectomie. Într-un tip de anemie ereditară, caracterizat prin apariţia de globule roşii sferice (sferocitoza ereditară), scoaterea splinei (splenectomia) duce la vindecarea clinică a bolii.

În consecinţă, orice bolnav cu semne de anemie trebuie să se prezinte de urgenţă la medic pentru a se putea face examenele necesare depistării mecanismelor şi cauzelor anemiei. Numai în acest fel se poate aplica un tratament corect.

Pericolul folosirii unor medicamente antianemice complexe

Nu există medicamente antianemice propriu-zise, care să constituie un remediu pentru orice fel de anemie, indiferent de cauză sau mecanisme.

Există fabrici de medicamente (din străinătate) care produc aşa-numitele preparate hematinice (multivitaminate şi multiminerale). Aceste preparate conţin : vitamina B_{12}, vitamina B_6, vitamina B_1, vitamina C etc., precum şi fier, cupru, molibden, magneziu, mangan, zinc, acid folic, factor intrinsec gastric.

Unii bolnavi îşi tratează singuri anemia cu astfel de preparate. Ameliorarea sau dispariţia anemiei dau un sentiment fals de siguranţă. Medicaţia aceasta complexă maschează, în mod temporar, semnalul periferic pentru o boală ocultă, care între timp se poate agrava. Se descoperă uneori bolnavi cu cancer digestiv avansat, care cu luni înainte au fost trataţi pentru anemie. Revenirea la normal a hemoglobinei a mascat cheia diagnosticului şi tratamentului precoce al unui cancer, care din operabil a devenit inoperabil.

Erori în folosirea unor medicamente specifice
Preparatele de fier

Încă din civilizaţiile antice au fost atribuite fierului însuşiri medicinale. Dar indicaţiile pentru utilizarea lui au fost simbolice şi s-au bazat pe unele calităţi divine sau mistice. În urmă cu 100 de ani se foloseau preparate empirice (fig. 3), care nu permiteau o absorbţie a fierului. În prezent, există două feluri de preparate : orale şi injectabile.

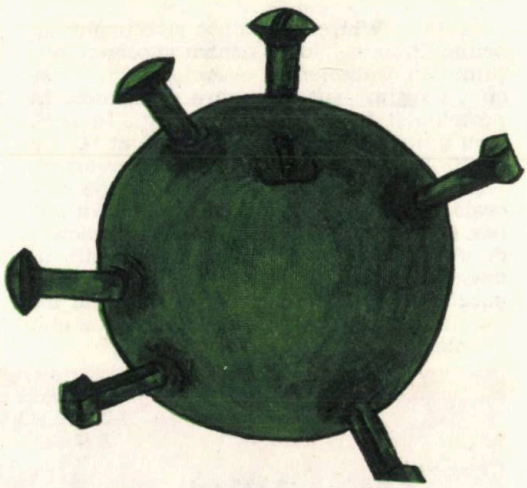


Fig. 3. — **Unul din remediile empirice, ineficace pentru anemie : mărul cu rugină de fier.**

Există ideea să fierul injectabil produce o sinteză mai rapidă a hemoglobinei decît fierul luat pe cale orală. În general, calea normală de administrare a fierului este cea orală. Nu trebuie să recurgem la calea injectabilă decît atunci cînd există indicaţii precise. Dintre acestea amintim : leziuni

digestive (care pot fi agravate prin fier), ca în colita ulceroasă sau ileita regională, lipsă de absorbție sau intoleranță digestivă, pierderi de sînge excesive, care nu pot fi compensate pe cale orală etc. Fierul administrat în injecții (intramusculare sau intravenoase) poate provoca reacții locale sau generale, unele severe (șoc). Ca atare, indicația pentru injecțiile cu fier trebuie să justifice riscurile semnalate (mai ales la o femeie cu sarcină).

Tratamentul cu fier trebuie continuat cel puțin 2—3 luni după normalizarea hemoglobinei. O regulă utilă este continuarea tratamentului cu aceleași doze, o perioadă dublă celei care a fost necesară pentru revenirea la normal. Uneori sînt necesare perioade lungi (6—18 luni) de tratament. Se urmărește nu numai refacerea anemiei, ci și reconstituirea rezervelor de fier (3—4 g). Un tratament de scurtă durată explică așa-zisele eșecuri ale terapiei marțiale.

Administrarea îndelungată de fier la bolnavi cu tulburări ereditare în sinteza hemoglobinei (cum sînt talasemiile) sau cu anemii așa-zise refractare (anemii sideroblastice) poate duce la o supraîncărcare cu fier a organismului (hemosideroză) și la tulburări funcționale severe ale diverselor țesuturi și organe.

Extractele de ficat

În 1934, Whipple, Minot și Murphy au primit Premiul Nobel pentru succesele obținute în tratamentul anemiei pernicioase cu un regim special, care era „bogat în proteine și fier, în special ficat". În 1936, s-au putut prepara extracte de ficat relativ purificate pentru injecții intramusculare.

În prezent, tratamentul cu ficat pe cale orală este numai de interes istoric. Nu putem spune același lucru despre extractele de ficat, care continuă să fie folosite în anemii. Se știe că activitatea acestor preparate se datorește numai conținutului lor în vitamina B_{12}, fără ca ele să ofere alte avantaje.

Preparatele de vitamina B_{12}

Istoricul tratamentului anemiei pernicioase este plin de învățăminte (fig. 4). În 1929, Castle a demonstrat că secreția gastrică a bolnavilor cu anemie pernicioasă este deficientă într-o substanță (factor intrinsec) care interacționează cu un factor extern din hrană și produce principiul antipernicios. Aceste cercetări au dus în 1945 la sinteza acidului folic și în 1948 la izolarea vitaminei B_{12}. S-a demonstrat ulterior că vitamina B_{12} este de fapt factorul extrinsec și principiul antipernicios. Factorul intrinsec nu are decît rolul să ajute la absorbția vitaminei B_{12}.

În epoca noastră se face un exces de tratament cu vitamină B_{12}. Se atribuie acestei vitamine nu numai efecte antianemice, dar și antiastenice. În realitate, vitamina B_{12} este indicată numai în anemia prin deficit de vitamină B_{12}, care este de fapt rară. Menționăm că anemia prin deficit de vitamină B_{12} poate să apară ca o boală familială (anemia pernicioasă), la gastrectomizați, după ingestia unor substanțe chimice sau datorită unor paraziți intestinali (botriocefalul).

Preparatele orale de vitamină B_{12} care conțin și factor intrinsec gastric (cum este Bifactonul) prezintă o serie de dezavantaje și anume : absorbție intestinală slabă, care nu asigură refacerea rezervelor, posibilitatea de a produce heteroanticorpi, deoarece factorul intrinsec din aceste preparate este de origine animală etc. Ca atare, se preferă calea injectabilă.

Dacă nu se înlătură cauza care împiedică absorbția vitaminei B_{12}, injecțiile cu vitamină B_{12} se continuă toată viața. Întreruperea tratamentului (din inițiativa proprie a unor bolnavi) poate duce la revenirea bolii și apariția unor tulburări nervoase, a căror regresie este extrem de lentă și incompletă.

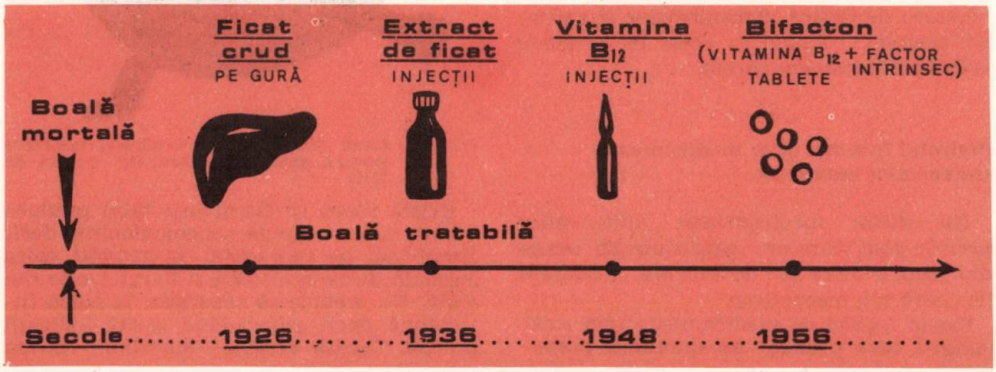


Fig. 4. — Pietrele de hotar în tratamentul anemiei pernicioase.

Preparatele de acid folic

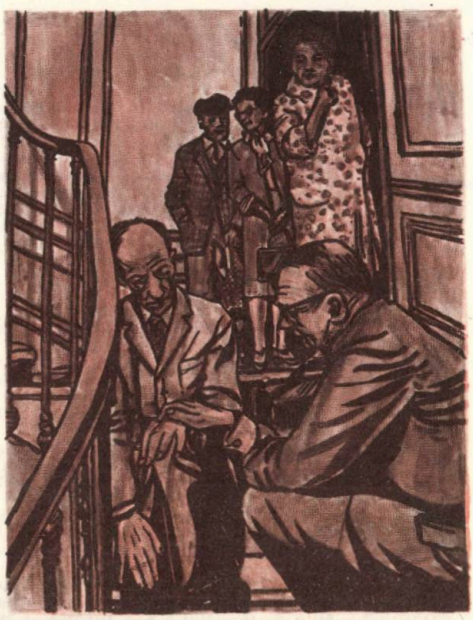
Preparatele de acid folic (orale sau injectabile) sînt indicate în anemia prin deficit de acid folic. Aceasta poate să apară la femei cu sarcină, bătrîni debilitaţi sau cu anemii alimentare (care se alimentează numai cu hidraţi de carbon), alcoolici, bolnavi cu diverse afecţiuni intestinale etc.

Dar la bolnavii cu anemie prin deficit de vitamină B_{12} (anemia pernicioasă), administrarea de acid folic poate masca diagnosticul şi poate precipita complicaţiile neurologice ale bolii.

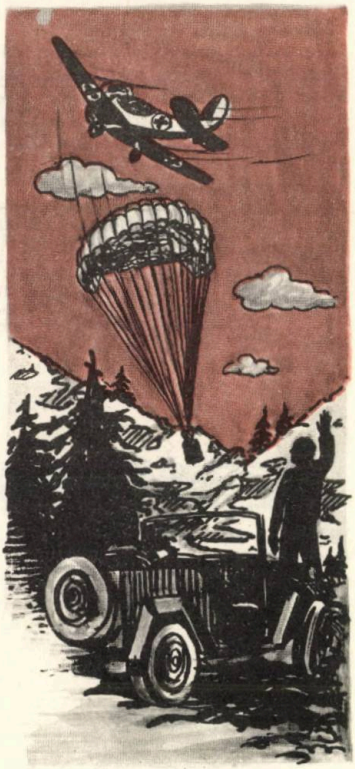
Transfuziile de sînge

Transfuziile de sînge se fac numai cînd valorile hemoglobinei sînt atît de scăzute (sub 5 g) încît pun în pericol viaţa bolnavului sau în cazurile în care anemia nu poate fi corectată prin alte mijloace.

În concluzie, anemia este un semn şi nu o boală. Tratamentul corect al unei anemii fiind cauzal, el nu poate fi condus decît de medic, în urma efectuării investigaţiilor necesare.



Aripi albe



— Ei, ce spui ? Pleci ?

...Dinu privi prin fereastra mare cerul mohorît. Norii denşi, fumurii, învolburau orizontul.

Deplasarea pe larga şosea aeriană era în orele acelea deosebit de dificilă. Pe timp bun, distanţa de 200 de kilometri, chiar dacă trebuie să sari peste pintenii munţilor, nu înseamnă nimic. Însă acum, cu un buletin meteorologic care anunţă o vreme destul de rea, drumul dus şi întors punea probleme serioase.

Dar mai exista un pericol. Mult mai mare. La peste 200 de kilometri distanţă, un om zace între viaţă şi moarte. Salvarea lui se află în flacoanele cu sînge conservat pe care pilotul Dinu trebuie să le ducă cît mai degrabă.

...Un bărbat, o femeie, un copil ?... Cine ştie ? Şi ce importanţă are ? Un om. Atît. Omul are nevoie de sînge de o anumită categorie, pe care spitalul nu-l are.

— Ei, dragul meu, ce-ai hotărît ?

— Plec, tovarăşe comandant.

— Bine, Dinule. Sper să nu ai greutăţi prea mari în drum.

— Principalul este să îndeplinesc misiunea.

. . . . . .

— Tu eşti, Mache ?

— Eu, tovarăşe Dinu.

— Ce cătai la maşină ?

— Păi... Am vrut să mai verific o dată motorul şi comenzile...

— Mulţumesc. Cum stăm ?

— Nici o grijă... Motorul merge rotund, comenzile răspund... Rezervorul e plin... Să căutaţi numai să ocoliţi furtuna... A şi venit. Ia ascultaţi...

De o jumătate de oră, Dinu plutește într-un ocean de cerneală ce pare fără margini, fără sfîrșit. Cu palma încleștată pe manșă cercetează acele de bord care-i indică contabil, dar indiferent, înălțimea, viteza, poziția față de orizont, plinul benzinei. După hartă și calcule ar trebui să se afle deasupra munților, cu vîrfurile lor periculoase. Dar poziția mașinii zburătoare putea fi deviată de pe linie și cînd nu te aștepți masivul de rocă te poate prinde în brațe, zdrobindu-te.

Dinu trase ușurel manșa spre el, punînd avionul pe o pantă lină de urcare. Mașina execută, ca și vîrful roșu al acului care sălta, însemnînd sub cerculețul de sticlă adaosul de înălțime...

O rafală de vînt îl apleacă pe aripa dreaptă. Redresă. Privi la vitezometru și la ceasul-brățară. Făcu o socoteală rapidă. Trecuse de mult peste munți. Trebuia să se afle de-acum în preajma orășelului unde trebuia să aterizeze cu prețiosul medicament dătător de viață.

Coborî ca pe-un tobogan din înalturi. Nici urmă de oraș. Unde o fi orășelul cu aeroportul lui ? S-a rătăcit... Cum să se orienteze ? Nici un punct de reper. În stînga ar fi trebuit să fie o pădurice, după care, coșul fabricii de cărămidă... Imediat după el, orășelul și, în spatele lui, terenul de aterizaj improvizat, cu două porți de lemn în fund, pentru fotbal.

Parcă întrase totul în pămînt. Încotro s-o ia ? Ar putea să încerce să aterizeze pe aeroportul de serviciu al reședinței de regiune, aflat la peste 120 de kilometri... Și ? Ce-a rezolvat cu asta ? Flacoanele... Flacoanele cu sînge legate de micuța parașută... „Dacă nu poți ateriza, parașutezi pachetul cu flacoanele“ — acesta e consemnul obișnuit. Dar el nu poate îndeplini în nici un fel consemnul. N-are unde să aterizeze și nici să parașuteze flacoanele cu sîngele așteptat de omul aflat pe patul suferinței. În acest caz, trebuia să se îndrepte către primul aeroport apropiat, de unde să ceară ajutor pentru a-și îndeplini misiunea... Asta însemna timp, iar timpul în aceste clipe reprezenta însăși viața.

„Unde s-o fi ascuns orășelul, că doar în anul acesta l-am mai vizitat de două ori... Să mă-ntorc acasă ? Să încerc să aterizez la reședința de regiune ? Nu. Combustibil mai am, motorul merge rotund, elicea zbîrnîie neobosită. E destul să-ți treci doar degetele peste manșă și capătă puteri noi...“

A întors avionul pe aripa dreaptă. Face un cerc mare, rotat. Colo e chiar pădurica ascunsă în ceață. Da, da... pădurica..., iar bețișorul acela nu e un copac răzleț, ci coșul fabricii de cărămidă... Uite și orășelul ! S-a întunecat de-a binelea și acolo jos abia poate să distingă un ins... doi... trei... care fac semne cu mîinile... Unul din ei a aprins un șomoiog, pe care-l agită ca pe o torță... E-n regulă ! V-am văzut, tovarăși !

Un cerc, apoi altul mai jos... Gata ! Pachetul zboară spre pămînt... S-a desfăcut parașuta și cade chiar în centrul terenului, însemnîndu-l cu o pată care, cu toată înserarea ce se prăvălește grăbită, se mai poate observa... Înc-un cerc și apoi altul. Cei de jos au ajuns la parașută. La capătul terenului așteaptă o mașină sauo urgență... Acum chiar nu se mai poate deosebi...

Deși știe că nu poate fi auzit, strigă :

— Noroc bun, fraților ! Misiunea a fost îndeplinită.

— Ei, cum a mers mașina ? — întrebă Mache la înapoierea din misiune.

— Mulțumesc ! N-am avut motive să mă plîng de ea.

— Nici nu se putea altminteri, că doar era vorba de o colaborare între noi...

— Nu-nțeleg, măi, frate Mache, ce vrei să zici ? Ce fel de colaborare am eu cu tine și cu sîngele ce l-am transportat ?

— Foarte simplu. Dumneata cu avionul și eu chiar cu sîngele. Ai uitat că sînt donator ? Poate chiar sînge din venele mele a fost acolo, în flacoanele ce le-ai purtat pe sus... De ce mă strîngi în brațe atît de tare, tovarășe Dinu ?

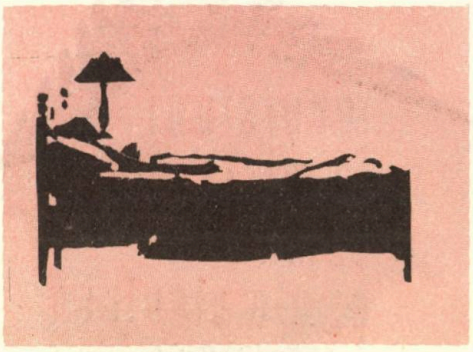
MARIA ARSENE

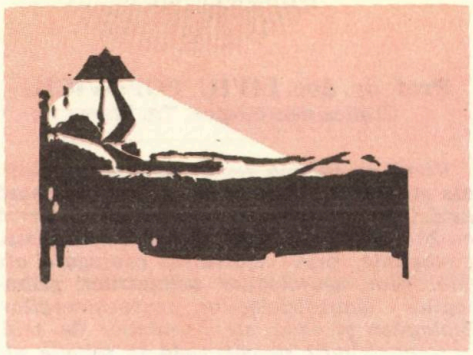
Prof. dr. doc. LIVIU POPOVICIU
Clinica neurologică, Tg. Mureș

Visul, în lumina remarcabilelor achiziții ale științei contemporane, ni se înfățișează astăzi cu totul altfel decît chiar în urmă cu 20—30 de ani. S-au acumulat numeroase cunoștințe, prin eforturile conjugate ale filozofilor, neurologilor, psihiatrilor, psihologilor, neurofiziologilor, neurochirurgilor, biologilor și chiar ale oamenilor de artă, care au izbutit să pătrundă în tainele visului și să spulbere colbul de mister, de mit, de fantezie, de legendă și de superstiție. Înțelegerea modernă, din ultimele decenii, a acestor spinoase probleme se datorește în mare măsură și arsenalului metodologic și tehnic de investigație. S-au creat în întreaga lume numeroase laboratoare de cercetare experimentală, clinică, neurofiziologică și psihologică a somnului și a visului, iar numărul de publicații în acest domeniu este de-a dreptul spectaculos. Noi avem convingerea că hipnologia și onirologia vor deveni științe cu o puternică bază de cercetare și cu incontestabile șanse de dezvoltare în viitorul foarte apropiat. În urmă cu cîțiva ani s-a fondat și Societatea europeană de cercetare a somnului, care a ținut pînă acum trei congrese, cu largă participare internațională, iar al patrulea congres european a avut loc în perioada 11—15 septembrie 1978 în țara noastră, la Tg. Mureș, de unde se poate aprecia prețuirea care se acordă științei românești și, implicit, cercetărilor noastre în acest domeniu.

Se poate vorbi despre o „istorie naturală" a visului ; acesta reprezintă o experiență subiectivă, care apare în timpul somnului. Visul poate fi uitat sau, dimpotrivă, reținut, reamintit și în acest ultim caz, el poate fi redat cu mai multă sau mai puțină precizie și acuratețe. Oamenii, în decursul vremurilor, neputincioși în fața tăriilor nedescifrate ale naturii, copleșiți de forța unui neînțeles și nedrept destin, asemenea lui Edip din străvechea legendă și din tragedia lui Sofocle, fascinați de mister, au creat pe zei, în care au crezut și cărora li s-au supus, deși nu i-au văzut niciodată ; de asemenea, au investit cu forțe supranaturale o serie de fenomene ale naturii și o serie de procese ale propriei lor făpturi. Tot așa au investit și visul cu forțe supranaturale sau cu înțelesuri și semnificații ireale. Abia în 1850 Alfred Maury și Nicolae Vaschide, în 1902 și 1911, au propus primele interpretări nemetafizice ale apariției visului. Trebuie să recunoaștem că lucrările lui Freud au deschis o eră nouă în cercetarea visului, din păcate deformată de exagerările psihanaliștilor freudieni și mai ales neofreudieni. Abia începînd din 1953, grație cercetărilor lui Aserinski și Kleitman, prin introducerea investigațiilor poligrafice și prin surprinderea unui indicator fiziologic specific al activității onirice (mișcările oculare rapide), au început să se determine — datorită intrării visului în domeniul obiectiv al neurofiziologiei — frontierele și criteriile obiective ale visului în cadrul somnului. S-a putut fundamenta o noțiune nouă, de o extremă importanță, la care a contribuit și colectivul clinicii din Tg. Mureș, în colaborare cu cercetători francezi și americani : apariția visului nu este aleatorie, ci periodică, survenind cu precizie de ceasornic la 90 de minute în cursul somnului și durînd, de fiecare dată, în medie, 15—20 de minute. O altă descoperire importantă a constat în „plasarea" visului pe locul care i se cuvine în cadrul ciclului veghe-somn. S-a precizat că visul este apanajul unor faze periodice nocturne, al fazelor paradoxale de somn, denumite și faze cu mișcări rapide oculare, care, după cercetările unor autori, inclusiv ale noastre, nu reprezintă, de fapt, faze de somn veritabil, ci mai degrabă stări episodice ale unei „a treia stări de vigilență". Acest somn paradoxal este net diferit de somnul clasic (somnul lent, cu unde electrice cerebrale lente) și de starea de veghe, printr-o constelație fenomenologică cu totul particulară (psihică, comportamentală, din punct de vedere ale activităților electrice ale creierului, mușchilor, electrocardiogramei, pneumogramei, electrodermogramei etc.). Mai mult, activitatea deosebit de intensă cerebrală apropie această „a treia stare a creierului" de starea de veghe. Ca atare, aceste stări cu mișcări rapide oculare (faze paradoxale) însoțite de activitate onirică nu reprezintă stări de „somn", ci un alt „mod biologic de existență", cu totul diferit de somnul clasic sau somnul lent. Cercetările moderne au arătat deci că există trei stări de vigilență distincte : veghea, somnul adevărat (som-

nul lent sau clasic) și somnul paradoxal care, de fapt, nu este somn și care s-a asimilat cu visul, populînd aceste stări periodice nocturne. În cursul unei nopți se succedă 4—5—6 cicluri de somn, care includ și faze paradoxale, astfel încît la sfîrșitul nopții, somnul paradoxal va constitui 18—22% din cantitatea totală de somn, adică, în medie, 80—120 de minute. Astfel, subiecții treziți în cursul sau imediat după o fază de somn paradoxal își amintesc cu multă precizie și în detalii visele lor, în timp ce trezirile în cursul altor stadii de somn (lent, de exemplu) nu se însoțesc decît de vagi și incomplete amintiri ale unor secvențe de vis (fiind vorba mai degrabă despre o activitate mintală vagă, neimaginativă, nehalucinatorie, care nu este vis „adevărat", în accepțiunea modernă, științifică a noțiunii), sau indivizii respectivi nu-și amintesc nici un vis. Pe de altă parte, s-a demonstrat că există o strînsă corelație între intensitatea fenomenelor neurofiziologice din cursul fazelor paradoxale de somn (mișcări oculare rapide, mari modificări vegetative cardiace și respiratorii) și intensitatea „dramatică" a visului. Cercetări de neurofiziologie și de neurofarmacologie, îndeosebi ale școlii lui Jouvet (Lyon) și ale suedezilor Dahlström, Fuxe și Hydén au evidențiat, cu multă precizie, structurile specifice responsabile de producerea somnului rapid, paradoxal, care sînt diferite de cele responsabile de declanșarea și întreținerea somnului lent, clasic, precum și relațiile strînse dintre aminele biogene și ciclurile veghe-somn, respectiv reglarea biochimică a acestor cicluri. S-a demonstrat că fiecare stare de somn își are transmițătorul său chimic propriu și substratul său neural specific (indolaminele, îndeosebi serotonina pentru somnul lent și catecolaminele, îndeosebi noradrenalina pentru somnul paradoxal cu activitate onirică). Este într-adevăr surprinzător faptul, incontestabil demonstrat morfofuncțional, că o minusculă zonă din puntea Varolio, activată prin catecolamine, poate să pună în joc o fenomenologie atît de complexă ca cea a fazelor paradoxale de somn și a activității onirice, prin antrenarea consecutivă a unei veritabile „furtuni cerebrale", constînd într-o intensă stare de excitație a majorității neuronilor cerebrali, însoțită de un mecanism de blocaj al activităților motorii periferice (se știe că în timpul activității onirice, noi sîntem, practic, „paralizați", fapt care împiedică în mod eficient execuția fizică a „mișcărilor visate", care ar fi — se subînțelege — periculoasă pentru individul care visează). O uriașă literatură din ultimii ani a fost consacrată rolului biologic al stărilor paradoxale de somn. S-a demonstrat, printre altele, că aceste stări au un deosebit rol în restructurarea informațiilor, în procesele de memorie și în formarea urmelor amintirilor (chimioengrame). Se știe că memoria constă în fixarea informației sub formă de chimioengrame. Or, s-a dovedit că somnul paradoxal intervine direct în procesul de memorare, prin determinarea sintezei de proteine noi, specifice pentru memorie, în restructurarea și codificarea biochimică a diverselor informații, precum și în formarea de engrame mnezice. S-a sugerat că în cursul somnului paradoxal, informațiile cîștigate în timpul stărilor de veghe (așanumita memorie epigenetică) sînt codate și programate genetic. Se pare că tocmai interferența diverselor informații și resistematizarea lor în vederea formării de noi engrame mnezice, de noi tipare de memorie, furnizează explicația științifică a contextului halucinator oniric, ilogic, haotic, cu secvențe fragmentare, distorsionate și fantastice. Unele formulări teoretice recente au sugerat un model de proces de informare a gîndirii, în care visele ar putea funcționa ca un fel de „case de epurare", în timpul cărora informația nefolositoare acumulată în cursul zilei precedente este îndepărtată, pentru a face loc

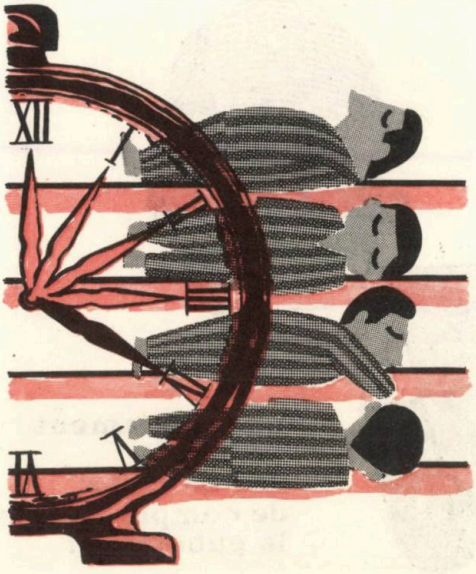




unor noi admisii, în timp ce informația cu valoare de reținere este transferată de pe memoria de scurtă durată pe memoria de lungă durată. S-a mai arătat că somnul paradoxal deține o importantă funcție de „preîntîmpinare a dezintegrării eului psihic", prin întărirea proceselor de învățare, de atenție, de memorie etc.

Cercetări mai noi au arătat că există elemente de gîndire și rudimente de vis și în cursul perioadelor de somn lent, clasic. Ca atare, noi am precizat că este vorba de „localizări temporale" ale visului în interiorul somnului : cea mai mare și mai „curată" cantitate de vis se află în perioadele de somn paradoxal, dar există o activitate psihică de tip conceptual, mai puțin perceptuală, și în fazele de somn lent, clasic. Numeroase studii au fost consacrate relațiilor dintre vis și gîndire, stabilindu-se că gîndirea din vis conține un amestec variabil de elemente cognitive, logice specifice (procese psihice secundare) și de elemente globale, ilogice, simbolice (procese primare), care relatează experiențele recente legate de experiențe din trecutul îndepărtat și de speranțe viitoare.

Numeroase cercetări au stabilit o serie de parametri privind apariția, durata, conținutul viselor și factorii care le influențează, aducînd visul pe „masa de disecție" a psihofiziologilor și a neurofiziologilor. Visele noastre cuprind, de obicei, imagini din viața reală, fragmente din evenimentele petrecute în starea de veghe, preocupările mintale diurne ocupînd un spațiu important în conținutul visului. Dar în timpul visului se suspendă judecata și conștiința trează, lucidă, adică vigilența, precum și prospectarea delimitativă a realului. Cel mai fascinant și mai derutant aspect al visului este reprezentat de alura sa total neprevăzută și de variația extraordinară a conținutului său. Dar s-a demonstrat că acest conținut al visului poate fi influențat în mare măsură de stimulii externi și viscerali, precum și de o serie întreagă de evenimente din cursul zilei sau zilelor precedente.



S-au mai adus importante precizări asupra unor parametri psihologici ai visului, elaborîndu-se concepții multidimensionale ale visului, în sens psihologic, psihofiziologic și chiar psihosocial. Astfel, s-a stabilit că visele pot fi, în mod adaptativ, și chiar în mod creativ, utilizate ca experiențe pe care le reamintim și pot fi integrate în viața de veghe. S-au adus, de asemenea, precizări și asupra conținutului verbal al visului.

Credem că posibilitățile actuale și mai ales cele viitoare vor permite explorarea multidimensională a visului, în primul rînd, prin îmbogățirea și perfecționarea metodelor obiective și subiective de cercetare, inclusiv în laboratoare. Un deosebit interes prezintă studiul clinic al visului, sub aspectul comportării normale și patologice. S-a conturat, în ultimii ani, o patologie deosebit de interesantă a somnului și a visului, în general însă destul de puțin cunoscută chiar de către specialiștii neuropsihiatri, a cărei adîncire sub aspect clinic poate oferi multiple șanse terapeutice.

Comportament normal sau tulburări de comportament la pubertate?

Pubertatea este perioada care marchează sfîrşitul copilăriei şi pregăteşte intrarea în adolescenţă. Este vîrsta la care părinţii constată că fiul lor, pînă atunci ascultător şi echilibrat afectiv, mulţumit de sine şi încrezător în ceilalţi, a devenit dintr-odată nervos, opozant şi conflictual, că fiica lor a devenit mai irascibilă şi plînge din orice, sau că a devenit mai retrasă, mai visătoare, mai neatentă. Este vîrsta la care profesorii stăpînesc mai greu clasa, deranjaţi de agitaţia zgomotoasă a elevilor, de atitudinea lor persiflantă şi contestatară, de tendinţa către chiul şi lene, de faptul că la diferitele interdicţii, observaţii sau sancţiuni, ei reacţionează fie printr-o indiferenţă placidă, fie printr-un protest violent.

De asemenea, este vîrsta cînd medicul pedopsihiatru este confruntat cu un număr crescut de tulburări nervoase, psihice sau de comportament, şi cînd comisiile de minori, organele de miliţie şi cele judecătoreşti sînt chemate să rezolve un număr crescut de manifestări cu caracter antisocial, de comportări cu caracter delictual şi predelictual.

În faţa unor manifestări atît de diferite ca aspect şi intensitate, este firesc să ne întrebăm : este un simplu mod de comportare specific pubertăţii sau o manifestare cu caracter patologic ? un dezechilibru trecător sau tulburări ce vor evolua, se vor structura, se vor adînci ? O reacţie la acţiunea traumatizantă sau nefavorabilă a unui factor de mediu sau debutul unei afecţiuni endogene, cu implicaţii genetice sau ereditare ? Cu alte cuvinte, de unde începe patologicul şi unde sfîrşeşte normalul ?

Ce reprezintă deci pubertatea pentru activitatea nervoasă şi pentru viaţa psihică a copilului, cum poate influenţa ea patologia psihiatrică, ce probleme de psihoigienă şi psihoprofilaxie se ridică la această vîrstă ?

Este binecunoscut faptul că pubertatea este o perioadă de tranziţie, de multiple şi năvalnice transformări ce au loc atît în plan biologic, cît şi în plan psihosocial. Dar este mai puţin binecunoscut faptul că aceste profunde restructurări ce au loc atît în viaţa internă a organismului, cît şi în viaţa de relaţie a individului, solicită intens mecanismele nervoase adaptative. Ca urmare, pubertatea va constitui pentru sistemul nervos al copilului o perioadă de intensă solicitare, o perioadă de epuizabilitate nervoasă crescută şi, ca atare, o perioadă de relativă fragilizare a funcţiei nervoase, cu o sporire a vulnerabilităţii acesteia faţă de acţiunea diferitelor stresuri.

Lăsăm medicului pediatru şi endocrinologului sarcina de a amănunţi etapele restructurărilor din planul biologic şi importantele remanieri ce au loc în sfera sistemului endocrin, precum şi explicaţia apariţiei unor dismorfii şi dereglări funcţionale de etapă, ştiut fiind că orice restructurare aduce după sine şi o tulburare temporară a echilibrului funcţional anterior atins. Reţinem şi subliniem, în schimb, faptul că sistemul neurovegetativ, instrument al reglării reflexe şi al coordonării în plan intern, intens solicitat în această perioadă, devine *mai iritabil* şi *mai labil funcţional* şi, ca atare, *mai vulnerabil*. Aşa se explică apariţia unor tulburări nervoase, expresia unei hipertonii, amfotonii sau distonii neurovegetative.

Dar şi parametrii funcţionali ai etajelor superioare ale creierului (în legătură cu viaţa psihică propriu-zisă) se modifică în această perioadă. Instabilitatea mediului intern (umoral), cu exces sau deficit hormonal în sînge, nivelul mai crescut sau mai scăzut al glicemiei, oscilaţiile intempestive ale echilibrului electrolitic (raportul Ca, Mg — Na, K) etc., toate acestea modifică reactivitatea nervoasă superioară, în sensul unei *excitabilităţi crescute* şi a unei *instabilităţi funcţionale*.

Dar, la această suprasolicitare nervoasă ce are loc în plan intern, se adaugă şi cea care are loc în planul vieţii de relaţie. Este rîndul nostru să ne referim la aspectele pe care la ia această suprasolicitare nervoasă şi la consecinţele acesteia.

În primul rînd, are loc o *suprasolicitare* a copilului *în plan intelectual*, legat de sporirea exigenţelor şcolare. Învăţămîntul din clasele a V-a—a VIII-a solicită intens gîndirea abstract-logică a elevului, memoria verbală şi atenţia concentrată, implicînd un efort cortical deosebit, cu atît mai

mult cu cît astăzi învățămîntul decurge într-un climat tot mai competitiv. Această solicitare școlară este și mai mare în cazul elevilor mai „marginali" (cerebrastenici, instabili, liminari sau inegal dezvoltați).

La aceasta se mai adaugă și suprasolicitarea copilului *în plan emoțional*, ca urmare a unor schimbări ce au loc în viața sa de relație.

Conștient de sporirea forțelor sale fizice și psihice, impulsionat de motivații noi, pe care părinții le ignoră sau nu vor să le ia în considerație, puberul va pretinde o schimbare în raportul de forțe dintre el și familie, dintre el și lumea celor mari. Ajuns la o nouă treaptă a conștiinței de sine, cu un simț critic și autocritic exacerbat, dar încă nu suficient de maturizat, puberul va tinde să se elibereze de sub tutela părinților, să devină independent, el aspiră spre autoconducere și spre autodezvoltare. De cele mai multe ori, părinții procedează greșit, fie că-i tolerează acestuia o prematură emancipare, scăpîndu-l de sub control, fie că încearcă să prelungească cu orice preț tutela exercitată la vîrstele anterioare, făcînd din el un dependent sau un rebel.

Ce se întîmplă cu „modelul social" realizat de părinți în cadrul familiei ? Ce se întîmplă cu „autoritatea educațională" exercitată în familie, elemente esențiale pentru procesul pedagogic în perioada copilăriei, esențiale pentru dezvoltarea psihică a copilului ? Ei bine, la pubertate asistăm la o adevărată criză a modelului parental și a autorității parentale, în caz că nu i se aduc cuvenitele corective.

Într-adevăr, la pubertate copilul începe să privească cu un fel de superioară indulgență la părinții săi pe care îi descoperă acum oameni obișnuiți, cu calități, dar și cu defecte, destul de limitați în înțelegerea rapidelor transformări ce au loc în lume și în posibilitatea lor de a controla realitățile în mijlocul cărora trăiesc. Cu spiritul critic care îl caracterizează, puberul este vădit iritat de contradicția pe care o descoperă între vorbele și faptele părinților lui, de dezacordul dintre cerințele manifestate față de el și modelul personal pe care i-l oferă. „Să nu fumezi !" atunci cînd și tatăl și mama (și profesorii) fumează. „De ce minți ?" cînd și părinții recurg la banala minciună convențională. Este revoltat de lipsa de acord dintre ceea ce i se cere să facă și ceea ce ar dori el să facă la un moment dat. „Stai liniștit !" atunci cînd el simte nevoia de mișcare sau „învață, spală-te, fă-ți ordine" ! atunci cînd el se simte obosit și are nevoie de odihnă.

Părinții, la rîndul lor, suportă cu greu tendința la independență a copiilor, înstrăinarea lor, criticismul lor exagerat, înclinația spre contestație, zeflemea, ripostă zgomotoasă, gustul lor pentru aventură și risc, iar aceștia, la rîndul lor, se manifestă și ei intoleranți față de cicăleala și tonul de comandă folosit de părinți, devin irascibili, opozanți, reacționează impulsiv. Alții se închid în sine, evitînd discuțiile cu cei mari sau se baricadează înapoia unei atitudini flegmatice, ripostînd prin replici pline de zeflemea. Relațiile intrafamiliale devin pentru un timp tensionante și conflictuale.

Prin urmare, părinți și profesori, atenție la ton ! Renunțați acum la cicăleală, la hărțuiala permanentă, la strigăte și la vocea răstită. Toate acestea plictisesc, obosesc și-l enervează pe puber, sporindu-i rezistența la influențele educative. Mai eficientă este atitudinea de calm, stăpînirea de sine, fermitatea ; mai convingătoare sînt sugestia politicoasă și sfatul prietenesc. Faceți apel la simțul său de răspundere, la simțul demnității personale. Nu uitați că la această vîrstă mai convingător decît tonul de comandă și interdicția necondiționată, este tonul de ironie caldă și comentariul plin de umor. Puberul se vrea convins prin argumentări raționale, el poate fi cîștigat prin competență, prestanță, talent, prin farmecul personal al interlocutorului, educatorului sau „modelului social" ales sau impus.

Această suprasolicitare nervoasă în dublu plan, intelectual și emoțional, contribuie la modificarea reactivității psihice în perioada pubertății, făcîndu-l pe copil să devină *mai excitabil, mai instabil psihic, mai labil emoțional.*

Excitabilitatea crescută implică un exces de energie și, în același timp, o risipă de energie nervoasă. Cine nu cunoaște setea de activitate și de informare a puberilor, discuțiile lor gălăgioase, gesticulația lor debordantă, participarea pasionantă la cele ce se petrec în jur, reacția lor violentă față de o ofensă personală sau față de

o nedreptate făcută altcuiva. Scăderea procesului de inhibiție corticală (în favoarea celui de excitație) duce la o scădere a controlului cortical asupra formațiunilor mai vechi de la baza creierului, care își exaltă activitatea. Ca urmare, are loc o exacerbare a comportamentului instinctual și emoțional în dauna celui rațional și social.

Ceea ce îi neliniștește îndeosebi pe părinți în această perioadă este *instabilitatea psihică* și *labilitatea emoțională* a copiilor lor, caracterul oscilant al dispoziției afective și al conduitelor, trecerea bruscă de la o stare la alta, de la bucurie la tristețe, de la îndrăzneală la timiditate, de la înflăcărare la indolență, cînd prea susceptibil, cînd de-a dreptul nepăsător, alternînd delicatețea cu duritatea și amabilitatea cu grosolănia, excesul de scrupulozitate cu cinismul, perioadele de hiperactivitate cu cele de lenevie, momentele de clocotitoare energie cu stările de marcată epuizare.

Aceeași lipsă de echilibru se vădește și în ceea ce privește simțul autocritic. Uneori, puberul se supraapreciază în mod cu totul nejustificat și, în acest caz, el ia hotărîri pripite, perseverează în acestea cu încăpățînare, rezistînd din orgoliu la orice sugestie din afară și dînd dovadă de o îndrăzneală de-a dreptul nesăbuită. Sau, din contră, se subapreciază în mod morbid, neîncrezător în sine, nehotărît în decizii, timid și inhibat în relațiile cu oamenii, prezentînd complexe de inferioritate. Același copil poate trece ușor de la o stare la alta, cînd prea încrezător în sine, cînd prăbușit sub povara îndoielilor.

Toate aceste modificări de dispoziție afectivă și de conduită sînt etichetate de specialiști ca simple „tulburări de pubertate", ceea ce indică un caracter tranzitoriu și un prognostic net favorabil. „Tulburările de comportament la pubertate", care implică un grad mai accentuat de inadaptare în familie și școală, pot depăși acest cadru, căpătînd o amprentă delictuală sau predelictuală. Minciuna, furtul, demisia școlară, vagabondajul, violența, delictele sexuale sînt binecunoscute familiei, școlii și publicului larg. În ceea ce privește *semnificația lor*, specialiștii le clasifică în trei categorii, după factorii care le determină și le favorizează apariția, precum și după locul ocupat de pubertate în acest complex cauzal.

Astfel :

— Tulburările de comportament pot fi *reactive la mediu* (consecința traumatismului psihic, frustrării afective) sau *secundare unor carențe sau greșeli educative*, cum ar fi : un climat educațional neadecvat, modele sociale negative, autorități educaționale inconsistente, folosirea greșită a stimulilor de întărire (răsplată/pedeapsă). În acest caz, reactivitatea nervoasă și psihică, modificată în cadrul pubertății, adică acea excitabilitate crescută, instabilitate psihică și labilitate emoțională, *predispune* și *favorizează* apariția acestor tulburări.

— Tulburările de comportament, caracter și personalitate sînt etichetate ca *stări psihopatoide*, cînd factorul determinant principal îl constituie însăși reactivitatea nervoasă modificată anterior prin leziuni cerebrale minore, de obicei subcorticale, lăsate de un traumatism cranian, un proces meningian sau meningoencefalitic și în urma cărora copilul a devenit mai instabil sau excitabil-dezinhibat, irascibil sau impulsiv-agresiv. Pubertatea constituie și aici un factor favorizant, adăugînd un plus de excitabilitate nervoasă, instabilitate psihică și labilitate emoțională, accentuînd tulburările de comportament. Evident, și în acest caz, carențele și greșelile educative își aduc contribuția lor.

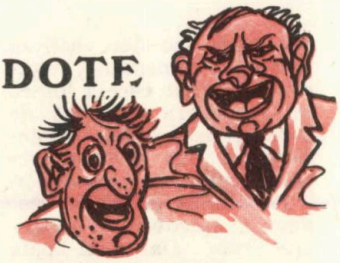
— Tulburările de comportament, caracter și personalitate sînt considerate *stări psihopatice*, atunci cînd ele se manifestă foarte precoce, din mica copilărie, iar factorul determinant principal îl constituie o reactivitate nervoasă modificată constituțional, prin factori ereditari genetici, sau care au acționat în perioada de sarcină și în primii 2—3 ani de viață asupra creierului. La această imaturitate constituțională, sugestibilitate crescută și instabilitate caracterială, pubertatea își adaugă plusul său de reactivitate modificată, accentuînd tulburările de comportament preexistente.

În concluzie, pubertatea este o vîrstă de tranziție, care favorizează apariția tulburărilor de comportament sau le accentuează pe cele preexistente, în condițiile unei suprasolicitări nervoase sau ale unei solicitări educaționale neadecvate. Dacă gradul de suprasolicitare în planul intern al organismului nu poate fi controlat, sarcina părinților și a educatorilor este de a atenua suprasolicitarea nervoasă din planul vieții de relație, eșecul sau competiția școlară, precum și greșelile educative din familie.

Dr. Margareta Ștefan

Șef de lucrări, Catedra de psihiatrie, I.M.F., București

ANECDOTE • ANECDOTE • ANECDOTE



Un doctor reumatolog, după ce consultă pe un bolnav, îi spuse :

— Durerile de care vă plîngeți sînt cauzate tot de reumatism. N-ați urmat tratamentul pe care vi l-am indicat ?

— Ba da, tovarășe doctor, l-am urmat. Dar ăsta cred că e un reumatism nou. Pe cel vechi mi l-ați vindecat anul trecut.

●

În salonul unui spital, un bolnav se dădea cu capul de toți pereții, uitîndu-se din cînd în cînd la ceas. Infirmiera, alarmată, chemă imediat doi sanitari și în cîteva minute i se puse pacientului o cămașă de forță. Apoi, imobilizîndu-l în acest mod, îl întrebă foarte nedumerită :

— Ce s-a întîmplat cu dumneavoastră ? N-ați luat doctoria pe care v-a prescris-o medicul?

— Tocmai, că am luat-o, dar, din nenorocire, nu m-am uitat ce scria pe sticluță.

— Și ce scria ?

— A se agita bine cinci minute, înainte de întrebuințare.

●

— Sînt foarte supărat, spunea un alienat mintal care se credea Regele Soare, către un altul, care se credea Nabucodonosor

— De ce ?

— Fiindcă astăzi a sosit un nebun care se crede tot Ludovic al XIV-lea...

— Și ce ai de gînd ?

— Trebuie să-l coving să-și schimbe numele în Ludovic al XIII-lea.

— Și dacă nu reușești ?

— Atunci îl pun să iscălească actul de abdicare.

— Și dacă nu vrea să-l semneze ?

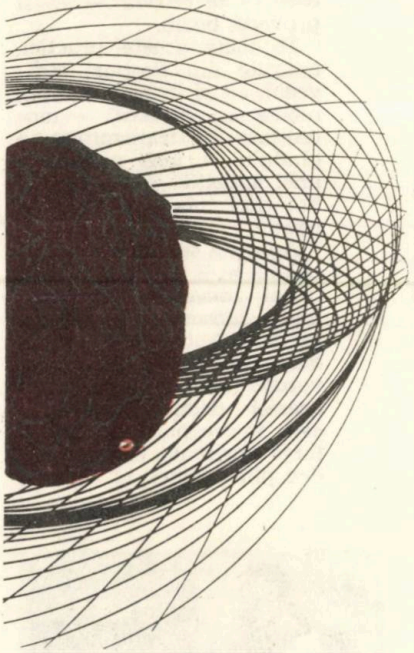
— Atunci îl detronez cu forța.

— Și dacă opune rezistență ?

— Ascultă, tu cu cine ții, cu nebunul sau cu mine ?

GABRIEL TEODORESCU

DE LA VRĂJITORIE LA PSIHOTERAPIE



Psihoterapia, iată un cuvînt din ce în ce mai des auzit, dar a cărui semnificație este încă prea puțin cunoscută. Dar, de fapt, ce este, cînd a apărut, sub ce formă și ce rezultate are psihoterapia ? La toate aceste întrebări firești, vom încerca să răspundem pe scurt.

Definiția obișnuită a psihoterapiei este ansamblul metodelor de tratament prin folosirea factorilor psihici. După P. Brânzei, ea se referă la „raporturile individuale sau de grup, prin care se urmărește în mod explicit influențarea favorabilă pe cale ideo-afectivă a suferințelor psihice sau fizice".

Psihoterapia — sub forma ei arhaică — a apărut de fapt odată cu omul, putîndu-se vorbi, la începuturile sale, de o adevărată preistorie a psihoterapiei.

Elemente de psihoterapie pot fi întîlnite în toate etapele de dezvoltare a civilizației, însoțind constant însăși istoria medicinii și ocupînd locuri diferite, cînd puse în lumină, cînd lăsate în umbră, în funcție de doctrinele medicale dominante.

„Din trei vindecători care se prezintă : unul tratînd cu cuțitul, altul prin plante și al treilea prin cuvîntul sfînt, ultimul este cel mai vindecător dintre vindecători" [Avesta-Vendidad, VII, 44]. Iată, așadar, după concepția religiei vechilor perși, expusă în colecția cărților „Avesta", cum, încărcat de toate virtuțile terapeutice, *cuvîntul* (cu funcție psihoterapeutică) devine superior tuturor celorlalte modalități de tratament.

În perioada arhaică exista un gen de „terapie emoțională", care avea același țel ca și tratamentele moderne — vindecarea sau cel puțin ameliorarea bolnavului. Evident, aceasta se petrecea în condițiile primitive ale vremii, folosindu-se procedee magice sau practici ale șamanilor.

La baza acestor acţiuni exista „animismul", credinţa potrivit căreia lumea materială era pătrunsă de suflete, de spirite, în general, şi mai ales de forţele oculte ale obiectelor.

Populaţiile primitive credeau în spirite bune şi spirite rele. Dar cum boala era considerată manifestarea nedorită a pătrunderii forţelor răului, vrăjitorii (şamanii) încercau să vindece bolnavul îndepărtînd forţele răului, adică ceea ce considerau a fi cauza îmbolnăvirilor. Această „terapie emoţională", empirică, era aplicată prin practicarea unor ritualuri manifestate prin extaz religios, formule magice, dansuri, ofrande, cîntece. Descîntecele, în special, precum şi exorcismele, aveau drept scop alungarea duhurilor rele care — se credea — ar fi provocat boala.

În toate aceste practici, apărute din timpuri străvechi, cît şi în psihoterapia modernă, *cuvîntul* — modalitate de transmitere a gîndului, a unei acţiuni, a unei sugestii — are un rol hotărîtor în actul terapeutic.

Apariţia spre sfîrşitul secolului al XVIII-lea a doctrinei „magnetismului animal", lansată de medicul german Anton Mesmer, a declanşat o adevărată revoluţie în magie. Potrivit acestei doctrine, materia este impregnată nu de o forţă spirituală, cum se credea pînă atunci, ci de una materială — fluidul magnetic animal —, care pătrundea în universul fizic, putînd modifica sănătatea fizică şi psihică a omului. Autorul doctrinei, intrat în legendă, s-a bucurat de o inegalabilă faimă şi a cucerit cele mai răsunătoare succese.

Deopotrivă admirat şi respins, rămîne totuşi drept unul din marii precursori ai psihoterapiei moderne, deşi convingerile sale — dealtfel de bună credinţă — s-au dovedit greşite, doctrina sa ignorînd total dimensiunea psihică a actului terapeutic. El a murit sărac şi aproape uitat.

Şi în zilele noastre există, nu rareori, în marele public, o adevărată confuzie în ceea ce priveşte practica unor psihoterapii. Ideea — seducătoare ce-i drept — potrivit căreia terapeutul (altădată magnetizorul) este capabil să transmită bolnavului o parte din forţa sa („magnetismul animal") face ca psihoterapia să fie deseori confundată cu parapsihologia sau metapsihologia, hipnoza cu telepatia. Cei neiniţiaţi se complac în a crede şi astăzi că în practica hipnozei intervin factori supranaturali !

Unul din discipolii lui Mesmer, marchizul de Puységur, magnetizor, descriind aşa-numitul *„somnambulism provocat prin actul magnetic"*, marchează un alt moment al unor credinţe moderne, confuze şi obscure, denumite „ştiinţe oculte" (divinaţii, spiritism etc.).

Medicul şi chirurgul scoţian James Braid studiază aşa-numitul „magnetism animal", pe care îl denumeşte „hipnotism" sau „somn nervos", expresie a unei oboseli a întregului sistem nervos, prin fixarea privirii. Hipnotismul este privit ca un efect al sugestibilităţii, în care, evident, fascinaţia are un rol esenţial. Uriaşul entuziasm stîrnit de hipnoză, în a doua jumătate a secolului trecut, s-a stins treptat, în special după moartea lui Charcot.

Ulterior, psihoterapia a utilizat şi utilizează numeroase procedee. Este de reţinut faptul că orice metodă psihoterapeutică implică o acţiune directă sau indirectă a unui proces psihic asupra unei stări patologice. Rezultatele depind nu numai de personalitatea psihoterapeutului, dar şi de tehnicile întrebuinţate.

Orice metodă psihoterapeutică implică o acţiune directă sau indirectă asupra unuia din cele 3 procese psihice fundamentale : afectivitate, cunoaştere, voinţă, în funcţie de care se utilizează : *psihoterapia sugestivă* (cu influenţarea stării afective), *psihoterapia psihanalitică* (cu influenţarea proceselor cunoaşterii) şi *psihoterapia de „activare" sau „relaxare"* (cu influenţarea proceselor voinţei).

Fireşte, indicaţia psihoterapeutică în care se stabilesc criteriile alegerii metodei celei mai potrivite revine exclusiv medicului specialist.

Psihoterapiile individuale şi-au dovedit incontestabil eficienţa, dar există astăzi tendinţa extinderii metodelor *psihoterapiilor colective* (de grup).

În psihoterapia de grup, totul se bazează pe comunicarea verbală ; obiect al tratamentului rămîne bolnavul, iar agentul terapeutic principal este însuşi *grupul*. Se foloseşte influenţa favorabilă între terapeut şi pacient, precum şi aceea între bolnavi.

Odată cu revoluţia în utilizarea substanţelor psihotrope în psihiatrie, după anul 1952, se părea că psihoterapia va trece pe planul al 2-lea, dacă nu-şi va pierde chiar complet interesul. Situaţia însă a fost cu totul alta. Progresele remarcabile ale chimiotera-

piei în psihiatrie au dus la o lărgire a aplicării psihoterapiei, care, altădată, se limita, practic, numai la nevroze. Astăzi, psihofarmacologia creează condiții favorabile unor noi categorii de bolnavi, altădată inabordabili psihoterapeutic.

Firește, psihiatria contemporană urmărește o psihoterapie complexă, de integrare socioprofesională, realizabilă prin organizarea unei echipe medicale speciale (psihiatru, psihologi, asistente sociale), care ajută activ la readaptarea handicapatului psihic, aplicîndu-se concomitent o chimioterapie psihotropă și o psihoterapie adecvate.

În sens mai larg, am putea spune că într-un fel cu toții putem face un gen de psihoterapie în relațiile noastre interumane, cînd, prin intermediul cuvîntului și al unui comportament adecvat, putem contribui la modificarea favorabilă a sănătății semenilor noștri. Cuvîntul este o armă, care,

deopotrivă, poate vindeca sau „ucide", în funcție de modul cum este utilizat.

Este de reținut, de asemenea, și faptul că bolnavul însuși poate obține remarcabile succese printr-o psihoterapie pe care și-o poate impune. Cît de actuală ni se pare afirmația părintelui medicinii, Hipocrate : „Bolnavul trebuie să lupte alături de medic împotriva bolii".

Dr. PAUL P. CORTEZ

Doctor în științe medicale, membru asociat străin al Societății medico-psihologice din Franța

* * * * * * * *

COPILUL CU TULBURĂRI DE COMPORTAMENT

„Copilul meu este nervos, neastîmpărat, nu poate să stea locului, tot timpul vrea altceva, dacă nu-i satisfaci imediat dorința țipă, se aruncă pe jos, ba uneori chiar sparge lucrurile sau mă lovește. Îi bate pe alți copii, le ia jucăriile, nu vrea să respecte disciplina din grădiniță" — ne spune o mamă despre copilul ei preșcolar.

Peste cîțiva ani, copilul ajuns la vîrsta de școlar, aceeași mamă ne relatează : „tot timpul trebuie să stau după el să-și facă lecțiile, mă minte că nu i s-au dat teme pentru acasă, ca să poată ieși afară la joacă, chiulește de la școală, nu restituie banii de la cumpărăturile pe care le face, ba uneori fură chiar bani din casă pentru a-și cumpăra dulciuri. Este brutal în jocurile sale, ceilalți copii îl ocolesc".

Cînd va deveni adolescent, este posibil ca acest copil să lipsească cu zilele de acasă, să fugă în alte localități, să fure nu numai din casă, să devină delincvent.

Părinții își pun, firește, întrebarea : de ce copilul lor este astfel ? Întrebarea nu

și-o pun numai părinții, ci și educatorii, medicii, psihologii, sociologii, legiuitorii, oamenii de știință, căci problema tulburărilor de comportament la copii și a delincvenței infantile este o problemă de importanță generală. S-a încercat să se dea răspunsuri acestei întrebări, dar ele au fost variate și deseori contradictorii. Dealtfel, nici nu se poate da un singur răspuns la această întrebare, deoarece fiecare din acești copii, așa-numiți „comportamentali", își are povestea sa. Cauzele tulburărilor de comportament la copii pot fi multiple, de cele mai multe ori nu sînt unice, ci mai multe cauze se cumulează și se intrică.

O cale nu rar întîlnită, care duce la formarea personalității aberante a copilului cu tulburări de comportament este următoarea : în dezvoltarea normală a copilului poate interveni, la un moment dat, o boală mai gravă și prelungită, cum ar fi hepatita sau un șir de boli mai ușoare ce se succed la intervale scurte, nepermițînd organismului să se refacă integral. Copilul se vindecă de boala propriu-zisă, dar rămîne cu o stare de slăbiciune și lipsă de rezistență, obosind repede. Concomitent, se instalează un comportament mai capricios, o incapacitate de a-și stăpîni impulsiunile, tulburări de somn (refuz de a se culca, somn agitat) etc. Părinții neavertizați consideră aceste manifestări fie ca urmare a atitudinii de alintare din timpul bolii, fie ca o rea voință a copilului, răspunzînd cu măsuri drastice. Ei pretind copilului aceleași rezultate școlare ca înaintea apariției bolii, încadrarea într-o disciplină strictă, recuperarea rămînerii în urmă cauzată de boală etc. Neîndeplinirea acestor cerințe atrage pedepse, uneori chiar brutale. Pentru a se apăra de această suprasolicitare, copilul începe să se eschiveze de la acțiuni care cer eforturi, să-și ascundă eșecurile minținд, să se sustragă disciplinei prin diverse tertipuri și să-și descarce tensiunea prin jocuri gălăgioase. Cu cît copilul este mai epuizat și mai obosit, cu atît jocurile sale vor fi mai turbulente, mai violente ; aparenta risipă de energie este de fapt un semn al neputinței de a se inhiba. Și dacă părinții răspund la eșecurile copilului, la minciunile sale, la „nervozitatea" lui prin alte măsuri coercitive, dezastrul nu întîrzie să se facă simțit. Din frică de bătaie pentru o notă proastă sau pentru lipsa de la școală, copilul va fugi de acasă, mai întîi pentru o noapte, iar apoi pentru intervale mai lungi de timp. Pentru a se putea hrăni, copilul se va deprinde să fure. Aflîndu-se singur, va căuta societatea altor tineri, de obicei comportamentali ca și el, se vor constitui în bandă, vor întîlni și alte vicii pe care nu le vor ocoli (fumat, băut, prostituție). Iată-l, așadar, devenit un element antisocial.

În alte cazuri acest debut este ascuns. O encefalită sau o atingere cerebrală suportată de copil în cadrul unei bronhopneumonii grave sau toxicoze, ca sugar, un traumatism craniocerebral prin cădere sau lovire, o intoxicație gravă sau cronică pot constitui tot atîtea puncte de plecare favorabile instalării — în condiții prielnice — a tulburărilor de comportament. Uneori însă, cauza o constituie o suferință cerebrală în timpul nașterii sau înainte de naștere. Consecințele acestei suferințe cerebrale nu pot fi prevăzute și, de cele mai multe ori, se manifestă mult mai tîrziu, putînd lua forma tulburărilor de comportament.

Există și cazuri în care starea de excitabilitate a creierului este moștenită de la părinți : copiii vor prezenta aceleași tare cerebrale ca și părinții lor. În alte cazuri însă, copilul deși este sănătos din punct de vedere psihic, imită comportamentul vicios al părinților ; este cazul copilului crescut într-o familie în care tatăl este alcoolic, provoacă scandal, fură etc.

Deseori mediul familial conflictual, cu frecvente neînțelegeri, certuri, scandaluri între părinți, în care sînt direct implicați copiii, prin tendința manifestată de fiecare dintre părinți de a atrage copilul de partea sa sau de a respinge copilul nedorit, pot duce la tensiuni nervoase, care se pot transforma în tulburări de comportament.

Așadar, cauzele apariției tulburărilor de comportament la copil pot fi multiple, uneori mai evidente, alteori mai greu de identificat. Pentru elucidarea lor și pentru instituirea unei atitudini terapeutice, medicamentoase și educative, este necesară contribuția unui specialist, respectiv a medicului neuropsihiatru de copii. Cu cît acesta va interveni mai precoce și cu cît indicațiile sale vor fi respectate în mod integral de către părinți, cu atît cresc șansele de recuperare a copilului. Dar să nu uităm că multe din tulburările de comportament ale copilului pot fi prevenite chiar de către părinți, prin crearea unui climat familial cald, afectuos, în care copilul să fie acceptat, apreciat, iubit, înțeles. Pentru realizarea acestui climat trebuie evitată atitudinea supraprotectoare și de prea mare toleranță față de copil, precum și atitudinea excesiv de autoritară.

Ignorînd posibilitățile reale ale copilului, pretinzîndu-i tot felul de performanțe, fără a ține seama de o serie de tulburări ca : oboseală, insomnie, reacție de demisie și protest în fața greutăților și minimalizînd trăirile sale afective, putem contribui la realizarea unui bilanț emoțional negativ, care-i biciuește și astenizează funcția nervoasă, permițînd instalarea unor tulburări psihonevrotice din cele mai severe.

Dr. Costiner Elmano

Limite și posibilități ÎN PATOLOGIA NEUROMOTORIE

Războaiele sînt tragice prin morții lor și patetice prin invalizii lor. Invalizii războaielor victorioase sînt eroi răsplătiți cu medalii și în atenția stimei publice. Există însă o categorie de invalizi nu mai puțin patetică, majoritatea copii, victime ale erorilor naturii. Faptul că pe parcursul unei generații numărul acestor victime depășește, în unele țări, pe cel al victimelor belice, este suficient pentru a ilustra semnificația socială a problemei.

Victoria asupra poliomielitei, care timp de secole a constituit teroarea părinților și a copiilor, a plasat în avanscenă o largă categorie de afecțiuni ale aparatului neuromotor, existente dintotdeauna, dar aproape ignorate pînă în acel moment. Actualmente, o proporție considerabilă dintre infirmitățile neuromotorii sînt consecința unor boli ereditare. Incidența lor, deloc neglijabilă, se apropie de 5‰ și, prin problemele sociale pe care le creează, ca și prin interesul pentru patrimoniul genetic al unui popor, ele tind să devină un domeniu-test pentru nivelul asistenței medicale într-o țară.

Existența acestor boli este atestată de aproape patru milenii. Un basorelief care decorează mormîntul reginei Hatsepsut 1500 (î.e.n.) înfățișează un personaj cu un aspect tipic pentru ceea ce astăzi terminologia medicală denumește distrofie musculară. Eutanasia crudă a infirmităților practicată de spartani pe muntele Taiget constituie o altă dovadă a cunoașterii malformațiilor congenitale ale sistemului neuro-muscular.

Caracterul familial al acestor cazuri indică un determinism genetic ; tocmai caracterul ereditar al acestor sute de boli a inspirat, timp de secole, un nejustificat nihilism terapeutic. Medicina actuală încearcă să schimbe tonul atît de dezolant al medicinii clasice în ceea ce privește bolile ereditare. Deși nu dispune încă de metode satisfăcătoare pentru a controla evoluția infirmităților neuromotorii cu determinism genetic, medicina modernă cunoaște cu suficientă exactitate legile care guvernează — la modul statistic — transmiterea unui caracter morbid. Complexitatea extraordinară a sistemului care coordonează motilitatea, în raport cu care un computer de mare performanță apare ca o jucărie simplă, face dificile „depanajele", cu atît mai mult cu cît, cel puțin pentru moment, „piesele de schimb" lipsesc. Totuși, există deja proteze cibernetice, autotransplanturi de mușchi, grefe de nerv, iar chirurgia genică constituie o perspectivă iminentă.

În momentul euristic actual, atitudinea cea mai rațională este cea profilactică. Există metode de laborator de extremă sensibilitate, capabile nu numai să depisteze o boală ereditară cu mult înainte de primele semne clinice, dar chiar să releve unele modificări caracteristice la alți membri de familie care, deși nu se vor îmbolnăvi *stricto senso* niciodată, pot genera copii bolnavi. Această posibilitate de a anticipa și de a calcula riscul reapariției bolii în generațiile următoare a creat premisele sfatului genetic oportun.

Această operație profilactică, care implică o laborioasă activitate și o tehnicitate foarte complexă, solicită la minimum pe membrii cuplului care dorește să-și cunoască riscul genetic : o recoltare de sînge sau cîteva impulsuri electrice. Și iată că medicina științifică a eliminat din competiție ghicitoarele!

Precizia rezultatelor este excelentă, iar proporția erorilor de ordinul 5%.

Printr-o educație sanitară competentă, care să convingă în special cuplurile cu antecedente suspecte să practice consultul genetic, numărul bolnavilor s-ar putea reduce cu 70% în viitorul deceniu. Astfel, glumele tragice ale naturii nu vor mai rămîne fără replică.

Nu toată lumea este probabil convinsă că o suferință neuromotorie nu este neapărat sinonimă cu un handicap fizic vizibil. Există mii de bolnavi de miastenie care, deși nu au nici deformații, nici atrofii musculare evidente, sînt

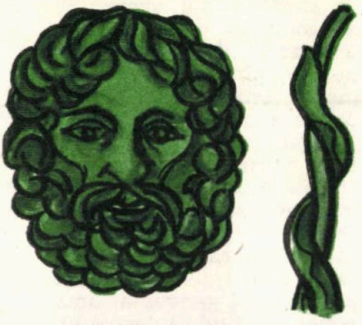
dependenți nu numai în ceea ce privește activitățile fizice cele mai modeste (alimentația, vorbirea), dar chiar de administrarea permanentă și ritmică a unui anumit medicament pentru supraviețuirea lor. Așa cum pasărea colibri moare de foame dacă nu se alimentează cîteva ore, un bolnav miastenic se stinge dacă medicamentul nu i-a fost administrat la ora fixată. De această dependență trebuie să fie în egală măsură conștienți bolnavul, medicul și farmacistul.

Desigur, dependența de un medicament nu este un fapt nici comod și nici plăcut, dar trebuie să se rețină că acest medicament (asociat uneori cu altele pentru scurte perioade de timp) nu numai că elimină pentru un timp simptomele, dar poate conduce treptat la reîncadrarea într-o activitate utilă și chiar la vindecare.

Progresele înregistrate în tratamentul deficiențelor neuromotorii nu sînt numai de ordin pragmatic, ci și de ordin conceptual : a fost demolată o barieră psihologică din momentul în care o asemenea suferință nu a mai fost acceptată ca o sentință, ci, făcîndu-se apel în instanța rațiunii, este admisă doar ca un handicap, recuperabil ca orice handicap. Solidaritatea interumană este nu numai un argument patetic, dar în același timp o garanție de ordin pragmatic : eforturile docte ale savanților, încrederea celor suferinzi în înțelegerea celor sănătoși, susțin mult mai eficient decît cîrjele ideea vindecării, nu ca miracol, ci ca un fapt cotidian.

Dr. HORIA RADU
Spitalul de patologie neuromusculară Vîlcele, județul Covasna

ESCULAP ZÎMBEȘTE!



Certitudine

În ciuda unor vechi dispute,
Spuneau odată doi savanți :
— Mai sînt și boli necunoscute,
Ba chiar și medici ignoranți !

„Scuturarea hipocratică" — metodă folosită în antichitate de Hipocrate

El, Hipocrate, prețuia morala
Și pe bolnavii lui, greci sau spartani,
Îi scutura ca să le afle boala,
Dar nicidecum nu-i scutura de bani.

Între colegi

— La diagnostic, am bătăi de cap !
Cînd am nedumeriri sau ghinion,
Atuncea fac apel la Esculap.
— Şi cum îl chemi, mă rog, prin telefon ?

Doctori celebri

Erau doi medici, în antichitate,
Celebri : Esculap şi Hipocrate.
Sînt morţi demult ! Şi doctorii mai mor.
Trăieşte-n schimb, învăţătura lor.

Între medici

— Cunosc doi medici mari. Nu sînt proteste
Dacă-am să spun că unu-i Hipocrate.
— Dar vreau să ştiu, al doilea cine este ?
— Păi, eu sînt, prea stimabile confrate !

GABRIEL TEODORESCU

LEACUL **miraculos**

**Un biet poet, cuprins de insomnie,
A luat medicamente o duzină
Şi-a consultat mulţi medici, peste-o mie,
Dar somnul tot întîrzia să vină.**

**Se perpelea grozav în aşternut,
Lovit necruţător de-atîtea stresuri,
Dar adormi săracu-ntr-un minut,
Cînd îşi citise...** PROPRIILE VERSURI.

GABRIEL TEODORESCU

Plantele de vrajă

un capitol din istoria psihofarmacologiei moderne

PAUL ŞTEFĂNESCU

Natura a oferit omului nenumărate posibilităţi de a privi lumea înconjurătoare, universul. Prin forţa împrejurărilor, plantele au fost printre primele cu care omul a venit în contact şi cu toate că de atunci s-a scurs un număr mare de ani (oamenii de ştiinţă mai poartă şi astăzi dispute în această privinţă), ele oferă, chiar şi în zilele noastre, oamenilor de ştiinţă nenumărate surprize.

Una din problemele pasionante ale farmacologiei contemporane, care interesează, în măsură egală, atît pe cercetători, cît şi pe practicieni, şi care a devenit în ultima vreme vedeta actualităţii terapeutice, este problema substanţelor psihotrope. Cu toate că drogurile psihotrope sînt utilizate în mod empiric de foarte mult timp în obiceiurile religioase şi ceremoniale, interesul pentru efectele lor asupra proceselor mintale umane este de dată relativ recentă.

Atenţia deosebită acordată acestui capitol, a cărui importanţă teoretică şi practică situează actualmente substanţele psihotrope imediat după antibiotice, îşi are originea în otrăvirea accidentală cu LSD a unui chimist elveţian (Hoffman, 1943).

Din păcate, odată cu dezvoltarea ştiinţelor, descoperirea substanţelor psihotrope, mai corect spus a unora din proprietăţile acestora, a fost făcută şi de unii oameni al căror echilibru psihic era alterat ; astfel, s-a ajuns la folosirea acestor substanţe ca mijloc de evadare, mijloc tot atît de nociv pentru organism, ca şi drogurile devenite clasice (opiul, morfina, heroina şi cocaina).

De aceea, considerăm util să ne oprim, în limitele unui spaţiu parcimonios, asupra obiceiurilor şi întîmplărilor legate de folosirea, conştientă sau nu, a unor plante sau droguri cu proprietăţi halucinogene.

Focul sacru

În evul mediu, o epidemie groaznică bîntuia în Europa, cunoscută sub numele de „focul sacru" sau „focul sfîntului Antoniu". Cauza acestei boli a fost stabilită abia după multe secole. Epidemia a apărut prin anul 922, mai întîi în sudul Franţei şi în nordul Spaniei, iar în anul 944 ea făcea deja ravagii la Paris şi în împrejurimile acestuia. Majoritatea bolnavilor se refugiau în biserici şi mănăstiri şi acolo se vindecau. La Paris, bolnavii căutau scăparea mai ales în catedrala Notre Dame, unde aproape toţi îşi găseau vindecarea. Principele Hugo Capet se îngrijea de hrana zilnică a bolnavilor adunaţi în această biserică, al căror număr atinsese cifra de 600. După vindecare, bolnavii se întorceau în satele lor, dar, lucru curios, „focul sacru" revenea pentru ca din nou să dispară odată cu reîntoarcerea bolnavilor în biserici. Acest fapt, puţin obişnuit, a servit din plin pentru întărirea spiritului obscurantist religios. Este lesne de imaginat starea de spirit ce dăinuia printre bolnavi şi familiile acestora.

Lucrurile au continuat astfel timp de două secole. Omul, odată îmbolnăvit, suferea chinuri insuportabile pînă la moarte. Boala era atotdistrugătoare şi sub o piele roşie şi întinsă, carnea se desfăcea de pe oase, ducînd la mutilări grave. Durerile şi arsurile erau din ce în ce mai puternice, încît bolnavii treceau prin chinuri îngrozitoare. Nici o substanţă medicamentoasă, cunoscută la vremea aceea, nu le era de folos şi boala era considerată ca o pedeapsă divină. Totuşi, moartea, atît de dorită, nu survenea decît după ce organele vitale erau complet distruse. Era straniu faptul că acest foc putea să „ardă", în timp ce bolnavii simţeau în permanenţă o senzaţie intensă de frig, neputînd fi încălziţi cu nici un mijloc. Dacă apărea însă o ameliorare, atunci această senzaţie de frig dispărea şi în extremităţile care se însănătoşeau, bolnavii simţeau o căldură insuportabilă. În majoritatea cazurilor, boala era

însoțită și de tulburări nervoase. Iată cum descrie un contemporan simptomele acestui ciudat flagel : «crizele au loc de predilecție dimineața, bolnavul prezintă contracții ale mușchilor membrelor, ce amintesc tetanosul ; dureri atroce fac pe bolnav să scoată strigăte ce sînt auzite pînă departe, convulsiile cuprind și mușchii feței, dîndu-i bolnavului o mimică puțin imaginabilă, creînd astfel impresia că rîde, de unde și numele de „rîsul sardonic". În sfîrșit, halucinații psihice puternice fac pe cei din jur să creadă că au de-a face cu forțe supranaturale. Timp de mai bine de 700 de ani originea bolii a rămas necunoscută, pînă cînd, în 1670 Thuillier a demonstrat că era de natură alimentară și se datora ingerării unei ciuperci care parazita pe bobul de secară. S-a putut astfel explica de ce ori de cîte ori se schimba alimentația, boala se vindeca.

În secolul trecut și mai ales în ultimele decenii, chimiștii au descoperit în această ciupercă o serie de substanțe, dintre care cea mai cunoscută este ***ergotamina,*** folosită cu succes la oprirea hemoragiilor uterine. Tulburările nervoase care însoțeau intoxicațiile arătate au impulsionat pe cercetători să caute substanțele care le cauzează. S-a ajuns astfel la izolarea acidului lisergic, unul din principalii constituenți ai ergotului de secară. Administrînd la om o cantitate infimă (cîteva zecimi de miimi de miligram !) de acid lisergic, apar simptomele unei psihoze asemănătoare cu cele din schizofrenie. Se constată o dedublare a personalității, însoțită de halucinații auditive și optice, iar aprecierea timpului este denaturată.

Planta care farmecă ochii

Pe podișul nisipos al Mexicului, sub soarele arzător cresc nenumărate specii de cactuși, care de care cu forme mai bizare, rezultat al adaptării plantelor la condițiile vitrege de viață. Există printre aceștia un cactus micuț, comun la înfățișare, asemănător cu ghemele țepoase, atît de răspîndite și în țara noastră ca plante de ornament. Acest cactus este cunoscut sub numele de *Peyotl* și, din cele mai vechi timpuri, indienii îi atribuiau o origine supranaturală și divină.

Planta a fost întrebuințată de azteci, pentru a veni în contact cu zeitățile. În ciuda prigoanei din timpul spaniolilor, cultul plantei *Peyotl* se menține și astăzi în unele ținuturi ale Mexicului, fie sub forma vechilor ritualuri, fie sub aceea a religiei creștine. Drogul extras din plantă a fost folosit și ca medicament pentru toate bolile posibile și ca stimulent în timpul marșurilor prin deșertul arzător sau al altor oboseli, împotriva foamei, a setei etc. În secolul al XIX-lea, cultul acestei plante s-a extins pînă la indienii nord-americani și a fost încadrat într-o instituție creștină a bisericii americane care lua naștere atunci.

Atenția lumii științifice a fost atrasă din momentul în care s-a spus că ingerarea acestui drog se află la originea decăderii morale a populațiilor indigene și constituie o cauză care provoacă epilepsia.

La Huicholi, unul din triburile indiene, există încă integritatea cultului plantei *Peyotl,* considerată ca fiind izvorul vieții, al fericirii și al bogăției pentru cei care o posedă. Pentru recoltarea ei, indienii organizează o expediție care durează, dus și întors, 30 de zile, întrucît aceasta se găsește la o distanță de 350—400 km, în locul zis Majonera, unde femeile nu sînt admise. În luna noiembrie se formează o expediție din 8—12 pelerini ; drumul pînă la locul sfînt îl parcurg cu greu, avînd de îndurat chinuri mari din cauza mersului prin stepa uscată și pietroasă, iar la fiecare pas picioarele le sîngerează datorită pietrelor ascuțite și a țepilor de cactus. Oboseala este extenuantă, iar alimentația fiind redusă, după cîteva zile de drum rezistă doar cu cîteva bucăți de *Peyotl* pe care le-au luat cu dînșii. Acțiunea plantei asupra unui organism nehrănit, într-o stare de excitație nervoasă maximă, datorită oboselii și

exaltării religioase, precum și concentrarea exclusiv asupra acestei plante sfinte și asupra rolului pe care îl îndeplinesc, ne explică starea semihalucinatorie în care se găsesc pelerinii cînd ajung la locul sfînt, unde li se pare că văd pe înălțimea platoului chipul unui cerb care ar fi „Dumnezeul cactusului". Are loc o scurtă ceremonie și se reîntorc acasă după ce au strîns o provizie cît mai mare de cactus.

Aici ajung obosiți, slăbiți, însîngerați, dar mulțumiți sufletește că și-au îndeplinit misiunea și datoria către zei. În luna ianuarie se celebrează o mare sărbătoare cu un fast deosebit : în mijlocul templului aprind un foc ceremonial. Adunați acolo, pelerinii sînt dezlegați de către marele preot de toate obligațiile luate. Preotul, stînd pe un scaun sfînt, împarte tuturor cactusul, în sunetul tobei și al cîntecelor. Toți joacă cu mișcări vii, se învîrtesc, se simt ușurați, executînd o complexitate de figuri simbolice. Sărbătoarea ține o zi și o noapte și se sfîrșește cu un ospăț.

Cel care a luat *Peyotl*, închizînd pleoapele, începe să distingă mai întîi pete luminoase, apoi apare o desfășurare neîntrecută de viziuni de o frumusețe incomparabilă și de luminozitate indescriptibilă, cu o varietate de nuanțe infinite, care par să fie o lumină vie. Organismul se înviorează, omul avînd senzația că este ușor, că plutește într-o lume de vis, fără ca luciditatea și cunoștința să-l părăsească.

„Teonanacatl" sau carnea zeilor

Cu mult înainte de sosirea lui Cortez, indienii din America Centrală, de la valea Mexicului și pînă la istmul Tehunatepec, atribuiau o natură divină unor ciuperci, pe care le mîncau în decursul ceremoniilor religioase, despre care s-au păstrat unele noțiuni, datorită vechilor cronicari spanioli. Franciscanul Motilinia, la începutul secolului al XVI-lea, scria că indienii după ce au îngerat ciuperca „...aveau mii de viziuni, cu deosebire șerpi, și li se păreau că picioarele și corpul le erau pline de viermi care îi mîncau de vii și astfel pe jumătate înnebuniți ieșeau din casele lor, căutînd pe primul venit care le apărea în cale ca să-l omoare. Sfîrșitul acestei beții și-l găseau nu de puține ori prin a se spînzura".

Indienii denumeau în limba lor aceste ciuperci *Teonanacatl*, cuvînt care s-ar traduce prin „carnea zeilor" sau a „diavolului", divinitate pe care o adorau și, în modul acesta, pretindeau că stabilesc contactul cu crudul lor zeu. Frescele de la Teotihuacan — care aparțin perioadei a treia și care datează între anii 300—600 — reprezintă ciuperca dispusă lîngă zeitatea ploii, Tlaloc, la cultul căreia era asociată. În ținuturile Mayas au fost descoperite numeroase statuete de piatră care reprezintă ciuperca sacră, asociată cu efigia broaștei și care datează din perioada cuprinsă între cel de-al doilea mileniu înaintea erei noastre și pînă la aproximativ 600—900 era noastră.

Specialistul american în etnomicologie, R. Gordon Wasson, a studiat rolul ciupercilor în religiile primitive. El a întreprins o expediție în Mexic, în anul 1953, în regiunile Mije, Mazotec, Zapotec și Pahua, adică în zonele muntoase ale Mexicului central și meridional, cu care prilej a constatat faptul că cultul ciupercii sacre persistă încă la maztateci. Diferite varietăți sînt folosite de către indieni, fiind considerate ca dotate cu proprietăți divinatorii (curanderos) și folosite în cursul ceremoniilor nocturne.

Studiul ciupercilor sacre a mai fost întreprins și de R. Heim, care a identificat un număr de ciuperci aparținînd la două familii : *Psilocybe* și *Strophaires*. Cea din urmă familie a fost ulterior identificată în Tailanda și Cambodgia. Acțiunea acestor ciuperci se datorește a două substanțe — psilocybina și psilocina — avînd în structură nucleul indolic. Sub aspect calitativ acțiunea drogului se petrece în mod asemănător cu aceea a LSD-ului și a *Peyotl*-ului, dar aceasta acționează mai puțin intensiv decît LSD-ul. Starea de bună dispoziție este și în cazul acestui drog puternic accentuată, fiind însoțită de o veselie ieșită din comun, cu hohote de rîs neîntrerupte. În cazul dozelor mici și mijlocii, se constată o liniște contemplativă, calmă și adeseori chiar radioasă. Se instalează o stare de vis, bîntuită de halucinații feerice, care dau drogatului senzația de fericire.

„Coatlixouhqui" sau șarpele verde

Un alt produs de „viață" este *Coatlixouhqui* sau șarpele verde, în limba indiană. Semințele de *Coatlixouhqui* au fost numite „ololiuqui" și atunci cînd sînt consumate provoacă viziuni extraordinare. Planta are ramurile foarte răsucite și formează un fel de împletitură. Cele mai utilizate specii — *Rivea Corybosa* și *Ipomea Tricolor* — sînt asemănătoare cu zorelele ce cresc și în Europa.

Vrăjitorii indienilor, atunci cînd doreau să intre în legătură cu zeităţile lor şi să primească răspunsuri de la acestea, consumau seminţele acestor plante (30—40 de bucăţi), reuşind să se ameţească într-un mod deosebit, şi în această stare le apăreau mii de viziuni şi demoni cu care vorbeau.

Administrarea drogului extras din plantă provoacă la început o uşoară tendinţă de somnolenţă şi o stare de visare, în care atît obiectele, cît şi raporturile spaţiale par că se schimbă. Halucinaţiile se caracterizează prin deformări puternice ale imaginilor vizuale şi prin profunde modificări ale liniei corporale. Unele persoane prezintă idei paranoide şi megalomane : tulburarea se manifestă de la senzaţii neplăcute pînă la o frică năprasnică. Contactul cu mediul înconjurător este pierdut în totalitate timp de mai multe ore, în care interval au loc halucinaţii vizuale şi acustice dramatice.

Constatăm, aşadar, că deja omul societăţii primitive, profund ancorat în mituri, a cunoscut din practică anumite principii psihoactive, foarte specifice, de origine vegetală. Aztecii din Mexic nu au fost decît moştenitorii relativ recenţi ai unor cunoştinţe psihofarmacologice, care s-au transmis din generaţie în generaţie timp de milenii, în decursul civilizaţiilor precolumbiene. Aceste cunoştinţe, care se referă la puterea miraculoasă a plantelor descrise, sînt rezultatul descoperirilor intuitive ale popoarelor primitive. Cu timpul însă ele şi-au pierdut caracterul lor magic, cercetătorul modern creînd o ştiinţă nouă — psihofarmacologia. În formulele sale chimice, reci, astăzi se pare că s-a descoperit cheia succesului atîtor secrete, pe care omul primitiv le considera ca pe o manifestare a divinităţii.

Pe măsură ce se înaintează în descifrarea acestor fenomene, cu atît sînt mai mari şi mai profunde aceste mistere pe care cercetătorul modern nu le poate aborda decît cu un profund respect, asemănător cu acela resimţit de îndepărtaţii noştri precursori.

LEXICON medical

SOMN = primul medicament folosit în medicină.
MIGRENĂ — boală care face dovada sigură că ai cap.
OPERAŢIE = viaţă cusută cu aţă
TERMOMETRU = semnal de alarmă.
DIETĂ = autocenzură alimentară
INFARCT = mustrare cu avertisment.
RIDURI = cicatricele vieţii.
SÎNGE = materia primă a inimii.
RINICHI = filtru de producţie internă.
INTESTIN = labirintul stomacului.

GABRIEL TEODORESCU

Feromonii – mijloace secrete de comunicare în lumea animală

Conf. dr. doc. **Marţian Cotrău**

Disciplina de toxicologie, I.M.F., Iaşi

Sociologul american Boulding, considerînd că o generaţie ar dura 62 de ani şi ştiind că omul a apărut acum 50 000 de ani, a calculat că pînă în prezent s-au perindat 800 de generaţii, dintre care 650 şi-au petrecut viaţa în peşteri. Comunicarea dintre generaţii s-a constituit numai pentru ultimele 70 de generaţii, odată cu apariţia primelor forme de scriere. Mijloacele moderne şi ultramoderne — telegraful, telefonul, radarul, laserul etc. sînt cunoscute doar de ultimele două generaţii.

Se demonstrează astfel că omul, fiinţa cea mai dezvoltată, nu poate comunica interindividual şi grupal, cu excepţia vorbirii, decît folosind mijloace extrinseci. Cu totul alta este însă situaţia în restul lumii vii.

În apriga luptă pentru existenţă, realitate descrisă de marele naturalist englez Darwin, animalele au fost nevoite să-şi creeze organe sau sisteme proprii de comunicare, capabile să le asigure supravieţuirea, prin adaptarea la mediul ambiant.

Unul din mijloacele secrete de transmitere a informaţiilor în cadrul acestei lumi îl reprezintă *feromonii*.

Feromonii sînt substanţe secretate de organism, adesea de o glandă specializată, care, interceptate de indivizi din aceeaşi specie, determină o reacţie specifică, o manifestare anumită sau chiar un proces evolutiv.

Termenul de „feromon" a fost propus în 1959 de Karlson şi Luscher. El provine din contopirea cuvintelor greceşti „pherein" (a transporta) şi „horman" (a excita).

Feromonii circulă sub formă de soluţii apoase sau aerosoli. Iniţial, pentru a explica unele comportamente ciudate s-a bănuit doar existenţa unor substanţe emise de diversele specii animale. Metodele chimiei moderne au permis descoperirea acestor feromoni, cu acţiuni dintre cele mai variate: feromoni sexuali, de alarmă, trasori, de „întovărăşire", de limitare a înmulţirii etc.

În grupa feromonilor *sexuali* intră substanţe capabile să asigure reproducerea speciilor. Operaţia presupune atracţia, apoi cuplarea partenerilor de sex opus. Spre deosebire de mijloacele de atracţie luminoase, sonore etc., feromonii acţionează prin intermediul unor substanţe chimice, avînd structurile cele mai variate, dar, în general, destul de simple. De obicei aceste substanţe se adresează mirosului. S-a demonstrat, de exemplu la insecte, că receptorul moleculelor semnalizatoare (feromonii) este antena masculilor, care poate depista prezenţa cîtorva asemenea molecule pe o distanţă de cîţiva km, de la femela respectivă. Prezenţa, pe această antenă, a perilor prevăzuţi cu numeroase canale căptuşite cu terminaţii nervoase asigură detectarea feromonilor. Structura atît de complicată a antenei l-a determinat pe Williams să o definească ca „o minunată maşină zburătoare pusă în slujba dragostei". Sensibilitatea de detecţie a acesteia este impresionantă: insectele pot reacţiona sub influenţa unei singure molecule de feromon. Aceştia sînt daţi în cantităţi infime, încît pentru izolarea feromonului sexual al fluturelui femel *Bombyx mori* au fost necesare 1 300 000 de insecte, iar studiul efectuat de Butenandt a durat 20 de ani.

Feromonii de *alarmă* sînt emanaţi de insecte care trăiesc în grupuri organizate. Astfel, cînd o furnică este neliniştită, eliberează o mică cantitate de feromoni capabili să alarmeze pe vecine, care, la rîndul lor, elimină aceeaşi substanţă şi prin acelaşi sistem este alertat întregul furnicar. Mai mult, cînd albina înţeapă un duşman cu venin, injectează totodată un feromon capabil să incite şi alte albine să se năpustească asupra aceleiaşi victime.

Interesanţi sînt şi feromonii *„trasori"*, de obicei substanţe mirositoare, cu rol de a indica atît prezenţa hranei, cît şi drumul spre aceasta. Feromonii trasori pot acţiona şi împotriva speciilor emiţătoare, deoarece unele insecte carnivore şi chiar şerpii au capacitatea de a-i recepţiona şi, ghidaţi de ei, ajung la sediul coloniei de insecte.

Feromonii de *„întovărăşire"* (agregare), deşi diferiţi structural faţă de feromonii sexuali, se aseamănă ca mod de acţiune, deoarece asigură strîngerea (agregarea) indivizilor în colonii.

Necesitatea conservării speciei prin evitarea suprapopulării a condus la apariţia unor feromoni de *„limitare"* a înmulţirii, emişi atunci cînd mijloacele de hrană scăzînd, întreaga colonie riscă să piară.

Există, de asemenea, feromoni cu *activităţi multiple*. S-a stabilit că matca (regina) albinelor secretă la nivelul glandelor mandibulare, feromoni capabili să atragă

albinele lucrătoare spre matcă, să împiedice construirea de alte celule pentru matcă, să determine lucrătoarele să „lingă" corpul reginei și astfel să ingurgiteze o substanță care le blochează activitatea ovariană, pentru că numai regina va rămîne depunătoare de ouă și, în sfîrșit, să atragă masculii spre regină în zborul ei nupțial nocturn. Se admite că acești feromoni ar avea și un rol de „lămurire" a fiecărei lucrătoare asupra inutilității de a crește o nouă matcă.

Evident, feromonii nu sînt specifici insectelor ; ei au fost detectați de la alge pînă la vertebrate.

Descoperirea, studierea și posibilitatea de sintetizare a feromonilor a mărit considerabil arsenalul mijloacelor de luptă împotriva dăunătorilor. Utilizarea pesticidelor — deși a dus incontestabil la creșterea producției de alimente ca și la limitarea unor boli transmisibile prin insecte — este însoțită de două mari dezavantaje : costul ridicat al acestor acțiuni și riscul de intoxicație. Se evaluează că lansarea unui nou produs insecticid costă aproximativ 11 milioane de dolari, iar timpul de studiu se extinde pe aproximativ 10 ani. În schimb, lupta biologică contra dăunătorilor, folosind unii feromoni sau antihormoni, se dovedește treptat mai avantajoasă, atît din punct de vedere economic, cît și toxicologic.

* Consultație *

(anecdotă versificată după Mark Twain)

Un bolnav fricos, odată,
Doi medici chemă la pat,
Fiind convins c-așa constată
Cînd unul s-ar fi-nșelat.

— Da, îi spuse celuilalt gîndul,
Printre buze murmurat,
„Se vede că muribundul
Prea tîrziu ne-a anunțat."

Dar, coincidență rară,
Ambii sosiră de-odat'
Astfel că se-apropiară
În același timp de pat.

Pacientul, vrînd s-arate
Unde-l doare mai cumplit,
Dădu piedul la o parte,
Dar rămase uluit.

Unul merse-n partea stîngă,
Celălalt, în dreapta lui,
Căutînd brațul s-atingă,
Pentru luarea pulsului.

Cei doi, sub piedul de lînă,
Ca și cînd și-ar da noroc,
Se țineau mînă de mînă
Și-și luau pulsul reciproc.

Consultînd pe pipăite,
Medicii se încruntau
Și-unul spuse, pe șoptite :
— Două ore îi mai dau.

ION VULPESCU

MEDICINA și ARTELE

Sînt multe secole de cînd, proclamînd cu un fel de îndreptățit orgoliu puterea meșteșugului lor de a învinge timpul, artiștii citează un adagiu care sună lapidar și limpede: „Vita brevis, ars longa". Nu mulți își mai aduc însă aminte că vorbele au fost rostite întîia oară în grecește și că ele sînt datorate lui Hipocrate, reprezentant strălucit al uneia dintre cele mai de seamă arte ale omenirii: medicina. Sub semnul acestor simbolice cuvinte care, doar aparent, marchează o coincidență, artele vizuale și medicina se înfățișează, încă din îndepărtate începuturi, ca niște adevărate „arte surori", avînd ca obiect comun, firește, omul.

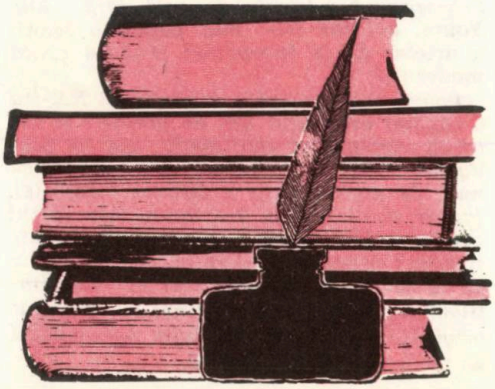
Desigur, nu poate fi vorba de alcătuirea unor cataloage atotcuprinzătoare ale operelor de artă inspirate de medicină, căci, așa cum spunea cîndva un celebru istoric al științelor medicale, George Sarton, „o asemenea cercetare ar echivala cu truda cîtorva generații de savanți, fără a exista siguranța că rezultatul se apropie, cît de cît, de realitate". E încă foarte greu să se stabilească în mod sigur cînd a fost consemnată, pentru întîia dată, într-o lucrare de artă, activitatea medicilor. În orice caz, la toate popoarele vechi, la egipteni, la indieni, la chinezi, istoriile artelor semnalează prezența unor imagini inspirate de truda tămăduitorilor. Într-o inscripție datînd aproximativ din anul 4500 î.e.n., găsită în urmă cu aproape un secol în valea mijlocie a Nilului, e reprezentată o scenă în care un bolnav, întinzînd mîinile într-o rugă mută spre un personaj învești mîntat în straie bogat drapate, așteaptă să fie lecuit, în vreme ce acesta mînuiește niște lungi instrumente de fier, mai curînd amenințătoare.

În Muzeul Indianului din New York, un relief aztec, sculptat în tuf vulcanic, înfățișează un dans ritual încins în jurul patului unui bolnav (care pare a fi o căpetenie importantă, judecînd după ornamentele ce-i împodobesc veșmintele), iar cîțiva vraci se pleacă, înarmați cu un fel de clești, deasupra celui care așteaptă resemnat să fie vindecat. Datată cu patru sau cinci secole înaintea sosirii celor dintîi europeni pe pămîntul Americii, lucrarea dă o imagine extrem de prețioasă asupra stadiului de civilizație al popoarelor de pe podișurile înalte ale Mexicului. Așa cum relevă comentariul din catalogul muzeului, asemenea practici, învăluite în tainice tradiții rituale, se semnalează și astăzi, nu numai la sud de Rio Grande, ci și în rezervațiile din Arizona.

Numismații au studiat îndelung monedele emise de atenieni și de locuitorii altor cetăți grecești încă dintr-o epocă anterioară secolului de superbă afirmare a acestei culturi, care avea să influențeze întreaga civilizație a umanității. Concluzia la care au ajuns a fost că una dintre monedele cele mai valoroase în operațiile de schimb între orașele Greciei continentale, ale celor din insule, din Sicilia, de pe malul Mării Negre, precum și ale acestora cu partenerii dintr-o vastă zonă care cuprindea întregul bazin al Mediteranei, era aceea care o înfățișa pe Hygeia, zeiță a sănătății, fiica lui Asklepios, el însuși venerat ca zeu al artei tămăduirii, legendar întemeietor al medicinii. „Sănătatea — obișnuia să spună marele sculptor Phidias — nu trebuie cîștigată, ci păstrată printr-o viață cumpănită: acesta e învățămîntul cel mai de seamă pe care-l aflăm de la nemuritoarea Hygeia".

La sfîrșitul evului mediu și în Renaștere, odată cu înflorirea ilustrației de carte, momentele existenței cotidiene a omului sînt mai clar reprezentate decît în arta, prin execelență alegorică, a sculpturii, predominantă pînă atunci în împodobirea edificiilor. Semnificativ, în creația lui Erhard Reuwich — cel dintîi ilustrator al cărui nume este cunoscut istoricilor artei — este și faptul că se numără printre primii artiști care s-au îndreptat spre temele puse la îndemînă de medicina timpului. Într-o xilografie colorată, publicată într-un manual de medicină și de botanică, foarte reputat în epocă, Gart der Gesundheit, *al lui Johann von Cube, apărut în 1485 la Mainz, el înfățișează o scenă — pare-se obișnuită — în care un medic își*

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU



liniştește pacienta (pe fața căreia se desluşeşte o evidentă îngrijorare), asigurînd-o, parcă, de rezultatele neîndoielnice ale trudei sale. Gravura ilustrează un procedeu, uroscopia, care — precizează istoricul Carl Zigrosser — „se întemeiază pe principiul ştiinţific al cauzei şi al efectului, anume că maladiile pot fi diagnosticate prin simptome specifice şi marchează astfel un moment de răscruce în dezvoltarea unor concepte mai raţionale privind maladia".

Foarte curînd după aceea, se publica la Veneţia un Regimen Sanitas Salernitanum, cu un comentariu de Arnold de Villanova. Artistul ilustrator, un anonim aparţinînd şcolii florentine, a gravat o imagine foarte specifică stilului xilografiei secolului al XV-lea, cu zone ample haşurate şi cu contururile puternic subliniate. Cartea însăşi, în versuri epigramatice însoţite de un comentariu lapidar, era un compendiu popular de igienă şi de terapie, creaţie a Şcolii de la Salerno, cea mai veche instituţie de învăţămînt medical din Europa. Textul e socotit a fi unul dintre cele mai importante manuale medievale de medicină şi nenumărate ediţii au fost publicate după inventarea tiparului. Imaginea relevă rolul medicului vremii : utilizînd cunoştinţe deopotrivă ştiinţifice şi magice, antiştiinţifice (astrologia), el stabileşte un diagnostic pe care bolnavul avea obligaţia să-l ia în seamă.

În acelaşi an, şi tot la Veneţia, de sub teascurile vestitei tipografii a lui de Gregoriis ieşea manualul lui Johannes de Ketham, Fasciculus Medicinae, de fapt o nouă ediţie a unei cărţi publicate întîia oară în 1491. Volumului original, tipograful veneţian îi adăugase patru xilogravuri pe care istoricii de artă le-au atribuit, după aceea, pe rînd, lui Andrea Mantegna sau lui Gentile Bellini, concluziile mai recente înclinînd spre acesta din urmă. Valoarea, deopotrivă istorică şi artistică, a cărţii este, neîndoielnic, inestimabilă ; se spune, de pildă, că în urmă cu vreo cîţiva ani, celebra galerie londoneză Sotheby's a preluat numai după multe ezitări un exemplar pentru a-l vinde la licitaţie, deoarece experţii erau siguri că ar fi fost foarte greu să găsească un cumpărător destul de bogat încît să-şi îngăduie s-o cumpere.

Xilogravurile cărţii de la Veneţia constituie una dintre operele reprezentative ale Renaşterii italiene ; linia desenului are o mare claritate şi siguranţă, dînd întregului spaţiu o linişte care contrastează puternic cu dramatismul scenei : vizita unui medic la patul unui ciumat, un bătrîn cu chipul răvăşit de durere.

Un exemplu foarte semnificativ al difuzării pe care a cunoscut-o în gravura Renaşterii tema ştiinţei medicale, a „artei vindecării", îl constituie xilografia „Doctorii" a lui Hans Burgkmair, celebrul gravor de la cumpăna secolelor al XV-lea şi al XVI-lea. Blocul de lemn pe care el îl sculptase, pregătindu-l pentru cartea din 1519 a lui Albucasis, faimosul chirurg maur din Cordoba secolului al XI-lea, va fi reluat în ediţia din 1531 a unei cărţi a lui Cicero, tipărită la Augsburg. După cum se vede, ilustraţia nu era destinată unui volum anume : ea era folosită în cărţi diferite, acolo unde se socotea că există vreo legătură cu subiectul cărţii. În felul acesta, cărţile de medicină constituiau un mijloc de circulaţie a gravurii, mai ales a celei renascentiste, pentru că în această perioadă ele reprezentau forme foarte populare ale tipăriturilor ştiinţifice. Şi dacă arta — prin celebrele portrete şi compoziţii ale lui Rembrandt sau Jan Steen, Daumier sau Winslow Homer, Tizian sau Käthe Kollwitz — i-a omagiat pe medici, la rîndul ei medicina a contribuit la răspîndirea imaginilor gravate, într-o vreme în care albumul de artă era o formă necunoscută a cărţii.

Alteori (precum în portretul unui medic gravat în 1568 de elveţianul Jost Amman), cartea de medicină contribuie la răspîndirea concomitentă a mai multor opere de artă ; portretul lui Amman va fi reluat în 1574, în volumul Beschreibung aller Stände, ale cărui comentarii erau compuse în versuri de Hans Sachs, proeminenta personalitate a literaturii renascentiste germane, poetul pe care — cum bine se ştie — îl va celebra pe Richard Wagner în Maeştrii cîntăreţi din Nürenberg.

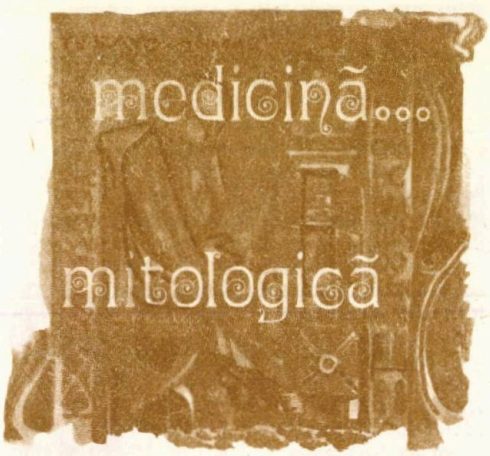
Adevărul e că numai cu greu s-ar putea imagina cultura lumii fără contribuţia, adesea de impresionant prestigiu, a medicilor. Cum să ne imaginăm poezia engleză fără marele romantic John Keats, a cărui meserie era aceea de medic ? sau fără

28425

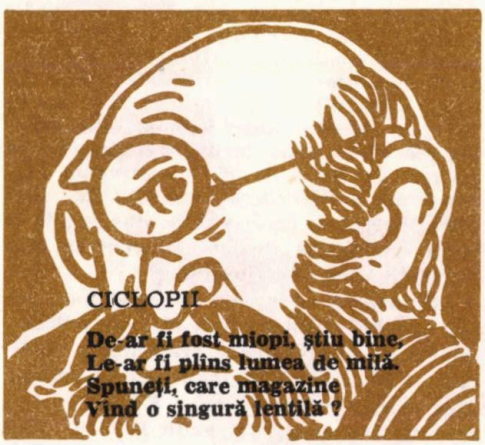
Robert Bridges? Sau romanul aceleiași țări fără Oliver Goldsmith, Tobias Smollett, Somerset Maugham, A. G. Cronin? Fără Conan Doyle, creatorul neuitatului Sherlock Holmes? Literatura americană fără Oliver Wendell Holmes sau fără William Carlos Williams, marele poet care și-a petrecut întreaga viață în orășelul Patterson din New Jersey, unde lucra ca pediatru? Proza Renașterii fără cărțile ilustrului medic François Rabelais? Teatrul și poezia universală fără Schiller? Poezia modernă germană fără contribuția lui Gottfried Benn, ale cărui versuri de o crispare tragică erau inspirate din atmosfera spitalului de cancerogi unde a lucrat vreme de mai bine de două decenii? Proza lumii fără Cehov? Teatrul fără Ibsen? Muzica fără Borodin și Albert Schweitzer? Istoria de artă fără Elie Faure, autorul celei mai populare Istorii a artelor *de la începuturi pînă în epoca modernă?*

Poezia românească a secolului al XX-lea a căpătat un contur atît de profund și datorită contribuției unui medic, marele poet Vasile Voiculescu (autor și al unui manual de popularizare a științei medicale). Iar, în pictură, Ioan Țuculescu (ale cărui cercetări de medicină balneară sînt citate și astăzi cu îndreptățit respect) e un nume ce se rostește alături de cele ale adevăraților fondatori ai unei viziuni cu adevărat originale, aparținînd pe deplin unei tradiții de modernitate românească.

DAN GRIGORESCU



V. D. POPA


CICLOPII

De-ar fi fost miopi, știu bine,
Le-ar fi plins lumea de milă.
Spuneți, care magazine
Vînd o singură lentilă?

DIANA

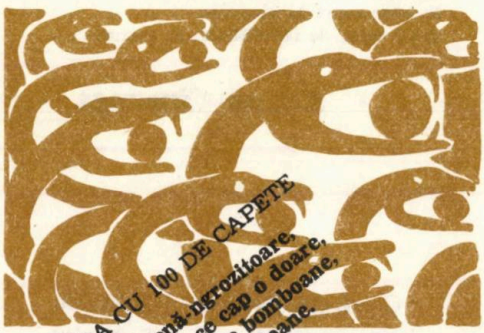
Anii au trecut în goana
Timpului, pierind în gol.
Dar mai cred unii în „Diana",
Pe cînd alții, în „Carmol".

ESCULAP

Pe ceilalți zei trata cu zel,
Prin hapuri, creme și licori,
Iar toți se încredeau în el,
Știindu-se nemuritori.

HERCULE

Sătul de-al muncilor calvar,
Se întreba, pus pe scandal:
— De ce-n Olimp nu-i dispensar,
Să-mi iau concediu medical ?



HIDRA CU 100 DE CAPETE

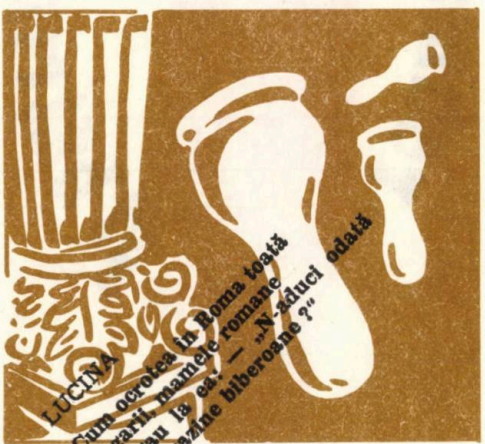
La o migrenă-ngrozitoare,
Cum nu știa ce cap o doare,
A înghițit, ca pe bomboane,
O sută de piramidoane.

LAERTE

Atena îl întîlnește,
Iar el o măguli, normal:
— Ești cineva, dacă aci
Poți să procuri „Gerovital"!

MERCUR

Cîndva, făcuse o hoție
În al lui Zeus perimetru,
Dar zeii n-aveau puteri
Și l-au închis în termometru.



LUCINA

Cum ocrotea în Roma toată
Sugarii, mamele romane
Strigau la ea: — „N-aduci odată
În magazine biberoane ?"

urări... și leacuri

Așa cum din bătrîni se pomenește,
de Anul Nou se face cîte-un dar
și se rostesc urări pe românește,
cînd primenim defunctul calendar.

Eu, respectînd tradiția de veacuri,
sosesc aci, în Almanah, pe loc,
c-un sac în spate doldora de leacuri
și-o traistă plină de urări ad-hoc.

Deci vouă, celor ce lăsați pe rampe
vagoanele-ncărcate, la control,
chiar dac-aveți reumatism sau crampe,
eu v-aș prescrie, ciar, PENALIZOL.

La slujbă, cei ce-ntîrzie cu vină
e necesar să-nghită la-nceput
cîte-o pastilă de CRITICAINĂ,
de fiecare clipă ce-au pierdut.

Celor ce-și bagă mîna lor cea lungă
în buzunarul altora, străin,
le recomand, pentru-atentat la pungă,
o cură, la mulți ani, de RĂCORIN.

Șoferilor ce-o fac pe campionii
și mînă nebunește la volan,
periclitînd pe stradă pietonii,
le-aș indica un hap de-AMENDOSAN.

Iar celor ce prin stații înghețate
așteaptă degerați cîte-un tramvai,
le-aduc urări de sănătate
și-un strop de GOMENOL, la gutural...

Andrei Ciurunga

Conf. dr. **REMUS NESTOR**
Șeful Secției clinice a Centrului metodologic de reumatologie

Este un lucru de netăgăduit că secolul nostru a marcat o creștere a longevității și odată cu aceasta și a bolilor reumatismale, alături de alte suferințe recunoscute a fi cu mare răspîndire în mase.

Există oare o relație directă între procesul de îmbătrînire și reumatism ? În orice caz există tendința ca după o anumită vîrstă (de exemplu, 60 de ani), unii oameni să considere ca normală apariția așazisului „reumatism de bătrînețe". Resemnați, de multe ori renunță la orice măsuri de investigație sau tratament. Această atitudine este total greșită. Nu se poate pune semnul egalității între reumatism și bătrînețe. Sînt două noțiuni ale căror sfere se întretaie, dar nu se suprapun. De multe ori, în spatele așa-zisului „reumatism al bătrîneții" se pot ascunde „false reumatisme", care nu constituie decît o fațetă a unor boli, uneori foarte grave.

Statistic, s-a demonstrat că reumatismul articular acut este mai frecvent în primele două decade de vîrstă, că reumatismul cronic de tip inflamator (poliartrita

reumatoidă şi spondilartrita anchilozantă) aparţine decadelor 3, 4 şi 5 şi că reumatismele cronice de tip degenerativ (artrozele şi spondilozele) cresc cu decada a 6-a. Aceste date nu exclud însă existenţa reumatismului articular acut la adult sau a poliartritei reumatoide debutînd la 70 sau 80 de ani. De asemenea, nu putem pune pe seama bătrîneţii reumatismele care au început la tinereţe şi evoluează odată cu înaintarea în vîrstă.

Unii autori contestă faptul că spondilartrita ar debuta la bătrîni, considerînd-o mai degrabă o boală care a început în tinereţe şi a fost descoperită tardiv.

Bătrîneţea şi reumatismul de tip degenerativ

Studiul microscopic al cartilajului pune în evidenţă la bătrîn modificări structurale foarte asemănătoare cu cele întîlnite în artroză : erodări sau ulceraţii. Semnificaţia lor este însă foarte asemănătoare cu aceea a ridurilor care apar pe faţă, odată cu înaintarea în vîrstă : nu sînt dureroase şi nici nu influenţează funcţia organelor respective. Se dezvoltă independent de procesul de uzură. Pot apărea şi în regiuni care nu sînt supuse în mod expres presiunilor sau solicitărilor mecanice şi nu depăşesc o anumită limită. Este aspectul ce caracterizează articulaţia bătrînului.

Artrozele, ca şi spondilozele, apar în condiţii cu totul speciale. Se consideră că ele rezultă din îngemănarea unui proces de uzură articulară cu îmbătrînirea precoce. Apar mai devreme, se asociază cu o suprasolicitare articulară generată de o tulburare statică, disarmonie sau descentrări articulare moştenite sau dobîndite, obezitate, tulburări metabolice, circulatorii, fracturi osteoarticulare vicios consolidate, microtraumatisme repetate etc. Leziunile sînt profunde şi întinse, au tendinţa de extindere, interesează în timp nu numai cartilajul articular, ci şi osul din vecinătate, care se dezvoltă, proliferează. Se deosebesc de deteriorările produse de bătrîneţe, care sînt mult mai discrete. În mod paradoxal, osul creşte, se îngroaşă, amintind de perioada copilăriei şi adolescenţei, dar, din păcate, este vorba de un fenomen de creştere patologică cu apariţia, din punct de vedere radiologic, a osteofitelor, a aşa-ziselor „ciocuri de papagal". Această compromitere a cartilajului articular în cursul artrozei este definitivă. Din fericire (dacă nu intervin unii factori agravanţi), procesul distructiv înaintează foarte lent şi nu produce durere, deoarece cartilajul este lipsit de inervaţie proprie, artroza devenind dureroasă doar în momentul în care se complică cu un proces inflamator al sinovialei (membrana care căptuşeşte capsula articulară).

Bătrîneţea poate imprima anumite particularităţi evoluţiei artrozelor. Astfel, în decada a 7-a, artroza şoldului poate realiza aşa-zisa „formă uzantă" de coxartroză, caracterizată prin dureri persistente atît în repaus, cît şi în timpul nopţii, prin blocarea mişcărilor şi distrugerea cartilajului, fără prezenţa de osteofite, uneori foarte greu de diagnosticat, datorită marii sale asemănări cu formele de reumatism inflamator.

Bătrîneţea şi poliartrita reumatoidă

În general, poliartrita reumatoidă a bătrînului este o etapă a unei boli începută cu mulţi ani înainte. Sînt însă şi cazuri în care boala poate apărea după 65 de ani. Cel mai tardiv debut citat în literatură este la vîrsta de 95 de ani ! Uneori boala se instalează mai puţin zgomotos, contrastînd cu o viteză de sedimentare a hematiilor foarte mare sau, în mod paradoxal, poate să înceapă în mod brusc, amintind formele acute.

Bătrîneţea şi reumatismul articular acut

Dacă se poate vorbi de un reumatism articular acut al adultului, este mai greu de admis apariţia sa în premieră la bătrîn. De obicei, este vorba de o manifestare de tip reumatismal în cursul altei boli.

Bătrîneţea şi reumatismul abarticular

Din această grupă menţionăm suferinţele umărului, care pot fi consecinţa unui proces precoce de tip degenerativ al tendoanelor muşchilor periarticulari ce se pot fisura ; uneori, se pot rupe, ceea ce face dificilă mişcarea de îndepărtare a braţului de torace, iar alteori se produce sclerozarea, capsula articulară generînd o capsulită retractilă care duce la blocarea umărului.

Asupra sciaticii vertebrale este necesar să facem o menţiune : dacă aceasta apare după vîrsta de 65 de ani, fără a găsi în anii anteriori crize asemănătoare, de cele mai multe ori este vorba de o sciatalgie — simptom prezent în cursul altei boli, care trebuie depistată cu atenţie.

Aşadar, vîrsta înaintată constituie un teren deosebit, care poate imprima diferitelor boli reumatismale, în mod indirect, o evoluţie particulară, fără a constitui însă un factor cauzal, dar care ridică probleme deosebite din punct de vedere diagnostic şi terapeutic.

osteoporoza generalizată

Dr. **Marieta Stoicescu**

Centrul metodologic de reumatologie, București

Osteoporoza este o suferință a țesutului osos, caracterizată — în linii mari — prin scăderea masei osoase și cunoscută adesea prin denumiri ca „decalcifiere", „demineralizare" etc., denumiri care își au originea fie în aspectul pe care îl are suferința la examinarea radiografică, fie în unele ipoteze privind cauza și mecanismul prin care se produce.

În afara osteoporozelor strict localizate la un segment și care sînt datorite de obicei unor cauze traumatice, accidentale, există osteoporoze care interesează sistemul osos în ansamblu, cunoscute ca osteoporoze generalizate. Pentru o parte din acestea există cauze cunoscute ; sînt așa-zisele osteoporoze secundare întîlnite în : suferințe ale unor glande endocrine, unele boli digestive, boli renale, diabet, imobilizări la pat prelungite etc. O bună parte însă din osteoporoze sînt socotite primitive, mai exact aparent primitive, deoarece condiționarea lor nu apare foarte evidentă, cu toate că se cunosc o serie de circumstanțe în care apar, ca și o serie de mijloace pentru tratarea lor ; aci se încadrează osteoporoza comună, postmenopauză și senilă, ca cele mai frecvente forme ale variantei generalizate.

Osteoporoza poate să fie lipsită de semne de suferință evidente pentru bolnav o lungă perioadă de timp, manifestîndu-se abia tardiv zgomotos, în momentul în care apar unele consecințe ale fragilizării osului. Turtirea (tasarea) unor corpi vertebrali se poate produce brusc și poate determina, în acest caz, dureri acute, care durează săptămîni sau luni. Dacă mai multe vertebre au fost turtite, talia bolnavului se reduce, se accentuează cifoza (gibozitatea) dorsală, coapsele tinzînd să ajungă în contact cu oasele bazinului ; apar dificultăți în menținerea poziției ortostatice și în păstrarea poziției șezînd. Fracturile oaselor membrelor (femur, oasele antebrațului, brațului), fracturile costale, influențate de factori mecanici, traumatici, adesea minori sau chiar fără cauză evidentă sînt, în unele cazuri, semnele care determină bolnavul să se adreseze medicului, care printr-un control complex constată osteoporoza. Riscul accidentelor la care sînt supuși bolnavii cu osteoporoză face necesară depistarea bolii cît mai precoce și instituirea tratamentului corespunzător.

Numeroase studii radiografice sînt unanime în a demonstra creșterea osteoporozei cu vîrsta : la femei după menopauză, la bărbați la o vîrstă mai înaintată. Frecvența cu care se întîlnesc accidentele menționate (tasări vertebrale, fracturi) se află în raporturi directe cu înaintarea în vîrstă. Pentru decelarea osteoporozei prin examenul radiografic este însă necesară o scădere importantă a masei osoase. Examinări mai fine și mai complicate (în special histologice și histochimice) au putut demonstra o diminuare a masei osoase chiar după 30 de ani. Pare însă evidentă pierderea rapidă de os după instalarea menopauzei timp de aproximativ 10 ani (pierdere care poate fi influențată prin tratament corespunzător).

Țesutul osos al organismului uman este un țesut în continuă remaniere. Fără încetare, în organism se formează și se resoarbe os — proces complex la care participă celule specifice (osteoblaste, osteoclaste), care suferă influența glandelor endocrine (paratiroide, tiroida, ovarele etc.) și care necesită pentru activitatea lor calciu, fosfor, vitamina D, vitamina C etc.

Pentru a explica apariția și evoluția osteoporozei au existat numeroase ipoteze, care s-au impus în diverse perioade, chiar dacă nu definitiv. Este cert însă că rezultatele, studiile și cercetările efectuate în vederea susținerii acestor ipoteze, cumulate și coroborate, au permis îmbogățirea arsenalului terapeutic.

Frecvența osteoporozei după menopauză a pus, firește, în discuție, în primul rînd, rolul deficitului hormonal, care apare în această situație. Astăzi se știe că hormonii estrogeni la femei și cei androgeni la bărbați nu cresc puterea de formare osoasă a celulelor osteoblaste (osteoformatoare), dar blochează resorbția osoasă excesivă și, mai ales, acționează asupra mucoasei intestinale (duoden-jejun) cu rol în absorbția calciului și în reglarea acestuia. Tratamentele cu hormoni estrogeni sau ana-

bolizanți pe perioade relativ scurte au dovedit că scad resorbția osoasă, în timp ce tratamentele foarte îndelungate au dus la scăderea proceselor de osificare. Părea deci că în osteoporoza postmenopauză, menopauza nu era singurul factor în cauză.

Studii și cercetări ulterioare au evidențiat rolul carenței de calciu. Această carență nu trebuie înțeleasă numai prin absența sau reducerea calciului din alimentație ; importantă este prezența sa în mediul intern al organismului, ceea ce presupune un echilibru între absorbția calciului ingerat cu alimentele, consumul lui pentru nevoile organismului și eliminarea lui prin rinichi. Lăsînd la o parte suferințele digestive în care absorbția calciului poate fi defectuoasă, un adult sănătos poate menține o cantitate suficientă de calciu chiar în condițiile unei rații alimentare reduse, prin creșterea absorbției calciului și scăderea eliminării sale urinare. Imperfecția acestor mecanisme de adaptare fiziologică se pare că operează la persoanele vîrstnice (osteoporoza senilă), unde există frecvent o diminuare a absorbției intestinale de calciu și, de asemenea, frecvente tulburări ale funcției renale. Pornind de la această ipoteză referitoare la rolul calciului în osteoporoză, a rezultat tratamentul cu doze mari de calciu.

Achiziții ale cunoștințelor medicale mai recente privind rolul pe care calcitonina (produs al tiroidei) îl are în blocarea resorbției osoase au pus problema tratării osteoporozei cu calcitonină (tratament care se cere însă mai larg verificat), oferind în plus o explicație pentru efectul favorabil al calciului, administrat în doze mari pe cale bucală : calciul, în contact cu mucoasa stomacului, determină prin intermediul unui produs de secreție al acesteia — gastrina — eliberarea de calcitonină din glanda tiroidă !

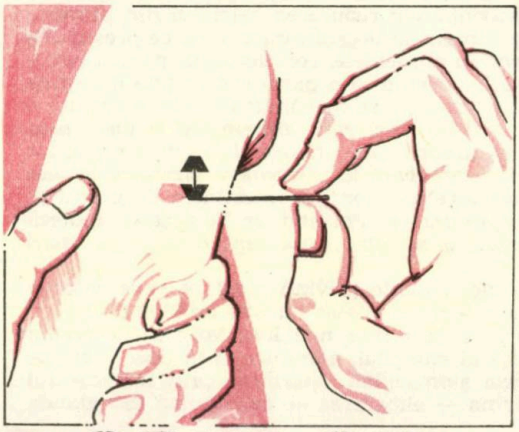
Cum odată cu vîrsta înaintată o serie de țesuturi și sisteme ale organismului suferă o involuție, s-a pus problema că însăși scăderea masei osoase s-ar încadra în acest proces al îmbătrînirii și deci ar reprezenta un proces fiziologic legat de vîrstă. În acest context, delimitarea între un proces fiziologic și boală ar fi dificilă, rămînînd fără explicație faptul că numai o parte din persoanele vîrstnice fac osteoporoze importante. Nu este lipsită de interes nici constatarea unor cercetători că pierderea masei osoase este aproximativ aceeași în timp, totul depinzînd de masa osoasă cu care individul intră în viața adultă. Devine atunci importantă supravegherea dezvoltării sistemului osos din copilărie și pînă la vîrsta adultă, ca mijloc de prevenire a osteoporozelor de mai tîrziu. Astfel, alimentația rațională, o dietă echilibrată cu calciu suficient, proteine, fără a fi lipsită de grăsimi, expunerea la soare, exercițiile fizice operează ca măsuri preventive, chiar dacă este posibilă intervenția unor factori genetici-ereditari în unele cazuri (osteoporoze cu caracter familial).

Nu rareori osteoporozei i se asociază semnele altei suferințe a sistemului osos — *osteomalacia* — în care există un deficit în mineralizarea substanței osoase în cursul formării sale (proces continuu) și care poate determina fisuri, fracturi. Înainte de apariția acestor semne de suferință, boala poate fi depistată prin examenele de laborator. Cauza care determină defectul mineralizării este, în principal, scăderea fosfaților în mediul intern al organismului, pentru care responsabilă este deficiența în vitamina D cu rol important în metabolismul calciului și fosforului. Vitamina D parvine în organism prin alimente și se formează în piele sub acțiunea razelor solare (ultraviolete). Alimentele cele mai bogate în vitamina D sînt : uleiurile din ficat de pește, laptele de vacă, margarina, gălbenușul de ou, sardinele, tonul, heringii (de unde dictonul englezesc : „a herring a day keeps osteomalacia away" — „un hering mîncat zilnic te scutește de osteomalacie"). Cantități mici se găsesc în carne și alți pești, în timp ce vegetalele nu conțin vitamina D, cu excepția unor cantități mici în germeni de cereale și cacao.

Există o serie de factori care favorizează apariția osteomalaciei în afara dietei, eventual sărace, în vitamina D : lipsa expunerii la soare, tulburarea absorbției la nivelul tubului digestiv (la persoanele cu stomac rezecat, în cazul diareelor grăsoase — grăsimile fiind necesare absorbției vitaminei D —, în cazul tulburărilor de circulație în peretele intestinal, posibil în cursul arteriosclerozei), prezența unor suferințe hepatice (în special obstrucții ale căilor biliare) sau în condițiile ingerării unor medicamente ca : Fenobarbital, Fenitoin, Primidon, folosite în cursul tratamentelor anticonvulsivante de durată (care acționează tot prin intermediul ficatului cu rol în prelucrarea vitaminei D în organism).

Constatarea acestor situații la unii bolnavi care se prezintă cu aspectul global de „demineralizare"-„decalcifiere" trebuie să conducă la o examinare de detaliu, pentru a surprinde asocierea eventuală la osteoporoză a osteomalaciei. În eventualitatea acestei asocieri, dieta bogată în calciu este ajustată cu adaosul de alimente bogate în vitamina D ; se insistă asupra expunerii la raze ultraviolete (naturale și/sau artificiale, după sezon) ; la dozele mari de calciu și hormoni anabolizanți se adaugă vitamina D.

lupta împotriva



BOLILOR VIRALE

Bolile virale, larg răspîndite în natură, au determinat pe cercetători să facă de-a lungul timpurilor eforturi mari pentru a găsi mijloacele de luptă cele mai eficiente, astfel că, în prezent, se poate afirma că dispunem de numeroase posibilităţi, dintre care menţionăm : vaccinarea, gamaglobulinizarea, antibioticele cu spectru larg, substanţele chimice sintetice şi interferonul.

Vaccinarea, descoperită de Jenner cu două secole în urmă, rămîne cel mai bun şi adesea singurul mijloc de acţiune contra infecţiilor virale. Este folosită în cazurile de : variolă, poliomielită, rabie, febră galbenă, rujeolă, gripă, adenoviroze şi parotidită epidemică.

Vaccinarea antivariolică, care se practică obligatoriu în ţara noastră şi în ţările europene, a dus la eradicarea acestei boli în Europa. Mai există însă focare în unele ţări asiatice, ceea ce face posibilă „importarea" bolii prin călătorii. Programul O.M.S. prevede însă eradicarea şi din aceste ţări, ceea ce înseamnă că vaccinarea nu va mai fi necesară în viitor. În ceea ce priveşte poliomielita, efectuarea sistematică a vaccinării în perioada copilăriei, cu vaccinul oral atenuat, a dus practic la dispariţia bolii în ţările unde a fost corect aplicată.

La rezultate profilactice remarcabile a dus şi vaccinarea antirujeolică, capabilă să confere rezistenţă faţă de boala rujeolică, severă nu atît prin ea însăşi, cît prin complicaţiile ei.

Astfel, pe plan mondial, milioane de fiinţe umane, în special copii, au fost salvaţi de această boală care, după cum se ştie, cunoaşte un procent crescut de mortalitate.

Nu acelaşi lucru se poate spune despre rubeolă şi oreion, boli virale uşoare, unde nu este necesară vaccinarea sistematică.

Şi în ceea ce priveşte gripa, au fost preparate mai multe tipuri de vaccin, dar eficacitatea acestora este limitată nu numai de problemele legate de tehnica de preparare şi de administrare, dar, mai ales, de variabilitatea virusului în natură, variabilitate care face necesară schimbarea continuă a tulpinilor de virus ce compun vaccinul. Vaccinarea antigripală în epidemii este recomandată în special la vîrstnici, la cei cu insuficienţă respiratorie, cardiacă, renală şi la cei cu imunitate deficitară.

O problemă de mare actualitate o reprezintă hepatita acută virală. Punerea în evidenţă a antigenului de suprafaţă a deschis noi orizonturi în prevenirea hepatitei virale cauzate de virusul B. În prezent, există în studiu experimental un vaccin care s-a dovedit eficace în profilaxia acestui tip de hepatită la cimpanzei.

Dar toate vaccinurile antivirale enumerate mai sus, cu efecte preventive prin elaborarea de anticorpi, sînt în continuă perfecţionare, legate de noi descoperiri, iar aplicarea lor se face, bineînţeles, în raport de frecvenţa şi gravitatea bolilor. O problemă specială rămîne însă vaccinarea la gravide.

Gamaglobulinele. Imunoglobulinele umane normale (gamaglobulinele standard), care conţin anticorpi specifici diferiţi, au valoare în prevenirea unor boli virale (rujeola, hepatita virală acută tip A), administrate în perioada de incubaţie. Imunoglobulinele umane specifice, ce conţin anticorpi specifici în cantitate mare, sînt folosite în profilaxia rabiei şi a rujeolei, iar imunoglobulinele antivariolice se folosesc pentru prevenirea şi tratamentul complicaţiilor severe ale vaccinării antivariolice (eczema vaccinală, vaccina gangrenoasă).

Antibioticele cu spectru larg, utilizate în complicaţiile bacteriene ale unor boli virale, au fost folosite şi în unele viroze. Dintre acestea, Rifampicina s-a arătat cu oarecare eficacitate în viroze ca : zona zoster, variolă, vaccină, trahom. Se pare că ea acţionează prin inhibarea replicării virale.

Chimioterapicele. Substanţele chimice antibacteriene sînt extrem de numeroase şi s-au dovedit de mare eficacitate pentru bolile microbiene, în schimb preparatele antivirale intrate în uz sînt puţine ca număr şi putem spune că, după o decadă de folosire, chimioterapia antivirală este încă la început. Se pune întrebarea : sînt necesare aceste preparate antivirale şi care este mecanismul de acţiune ? Se ştie că cele mai eficace vaccinuri nu dau o protecţie completă a populaţiei şi sînt puţine speranţe de a se obţine vaccinuri pentru toate bolile virale existente, atît de numeroase.

Virusurile au un metabolism strîns legat de cel al celulelor şi, de aceea, orice substanţă chimică care acţionează în faza intracelulară a virusului tulbură funcţiile metabolice normale ale celulelor. În aceasta constă dificultatea de a prepara un chimioterapic antiviral, el fiind toxic şi pentru celulele organismului uman.

Mecanismul de acţiune al preparatelor antivirale are loc la diferite niveluri : fie în afara celulei (împiedică adsorbţia sau străbaterea peretelui celular), fie în interiorul celulei (interferînd cu sinteza acidului nucleic sau acţionînd cînd materialul viral este asamblat ori este eliberat virusul). Antiviralele folosite în prezent în practică sînt : Amantadina, Idoxuridina, Citarabina, Vidarabina şi Methisazona.

Amantadina, substanţă ce încetineşte pătrunderea virusului în celule, are acţiune profilactică în gripa cu virus gripal A şi cu oarecare efect terapeutic, după unii autori. Se administrează oral, cîte 100 mg de 2 ori pe zi, timp de 6 zile. Se recomandă în epidemii, îndeosebi la persoane cu risc mare (bătrîni, cardiaci etc.), efectul fiind profilactic.

Idoxudirina (IDU) se foloseşte cu scop curativ în aplicaţii locale în keratita herpetică şi vaccinală, uneori cu rezultate bune. S-a mai folosit şi în herpesul genital şi al buzelor.

Citarabina şi **Vidarabina,** preparate mai recente, au acelaşi mod de acţiune ca şi IDU : se administrează în perfuzii intravenoase. S-au folosit în herpes zoster, encefalita herpetică, varicela gravă, în variolă şi vaccină.

Methisazona (Marboran) este un antiviral folosit în prevenirea variolei şi în tratamentul complicaţiilor vaccinării antivariolice. Acţionează prin împiedicarea maturării virusului. Şi valoarea acestui chimioterapic rămîne tot cu efect preventiv.

Interferonul, altă posibilitate de luptă antivirală, descoperit de Lindeman şi Isac, este o proteină produsă de organism în contact cu virusul, acţionînd prin împiedicarea replicării virusului. Este folosit în instilaţii conjunctivale în keratita vaccinală şi în aplicări locale în vaccina generalizată. Efectul său curativ rămîne totuşi redus.

Dar nu putem încheia lista preparatelor antivirale, fără a arăta rolul cortizonului în aceste boli. Acesta este folosit în unele viroze pentru efectul său antiinflamator, antitoxic şi antialergic. Se administrează în special în hepatitele virale acute severe, encefalite rujeolice, variceloase, rubeolice sau postvaccinale, precum şi în orhita urliană.

În concluzie, subliniem faptul că mijloacele antivirale actuale au mai degrabă un efect profilactic. Posibilităţile curative prezente, deşi reduse, oferă suficiente premise pentru viitor, în ceea ce priveşte descoperirea de noi substanţe eficace şi lipsite de toxicitate, ce vor îmbogăţi arsenalul terapeutic al bolilor virale.

Dr. Victoria Cămuescu
Doctor în ştiinţe medicale, medic primar de boli infecţioase

virusurile hepatitice și bolile cronice de ficat

Hepatita epidemică — denumită și hepatita virală — este una dintre bolile infecțioase specifice omului, determinată de pătrunderea și înmulțirea în ficat a unor virusuri. Se vorbește astăzi de două tipuri de virusuri (A și B) răspunzătoare de apariția bolii, deși ele nu au fost încă identificate. Aceste virusuri pătrund în organism fie pe cale digestivă, odată cu apa și alimentele (virusul de tip A), fie pe altă cale decît cea digestivă (virusul de tip B), pătrunzînd odată cu sîngele transfuzat sau cu injectarea unor medicamente.

Boala apare sporadic sau epidemic, este răspîndită pe tot globul și are un potențial de contaminare crescut. Ea reprezintă după gripă și rujeolă (pojar) cea mai răspîndită boală infecțioasă din lume. Evoluția ei se desfășoară în valuri epidemice, care se întind pe mai mulți ani consecutiv ; așa se explică faptul că, în întreaga lume, hepatita epidemică înregistrează o evoluție amplă, mai ales în rîndurile tineretului școlar.

Deși cazurile de hepatită epidemică apar în orice anotimp, totuși există o predilecție a numărului de îmbolnăviri, în special pentru hepatita de tip A, pentru sezoanele de toamnă și iarnă, și de reducere moderată, vara și primăvara. Între perioadele epidemice, hepatita virală nu dispare, ci apar cazuri sporadice. Aceasta presupune că există un rezervor de virusuri de la care, prin contact direct sau indirect, se produc noi îmbolnăviri. Rezervorul acesta de virusuri îl constituie numai omul, în următoarele ipostaze :

— omul bolnav, cu hepatită epidemică evidentă, însoțită de icter ;

— omul bolnav, cu boală aparentă, dar fără icter (icterul fiind numai unul din semnele de manifestare clinică a hepatitei epidemice — dealtfel nu singurul — însă cel care atrage atenția în mod deosebit) ;

— omul bolnav, dar cu simptome șterse sau cu boală inaparentă ;

— omul aparent sănătos, dar purtător de virus hepatitic.

Dintre aceste rezervoare de virusuri, ultimele trei ipostaze au cel mai mare potențial epidemic, deoarece aceste persoane, ducînd o viață aproape de normal sau chiar normală, transmit cu multă ușurință virusul persoanelor din anturajul lor, și aceasta cu atît mai grav, cu cît este vorba de colectivități mari de copii. Este cazul să mai amintim că formele fără icter (deci fără colorarea galbenă a tegumentelor și mucoaselor) formează 10—20% din totalul cazurilor de hepatită, iar la copii, proporția crește pînă la 50%.

În toate cazurile, materialul infectant este reprezentat, pentru hepatita de tip A, de materiile fecale, urină și sînge, iar pentru hepatita de tip B, numai de sînge. Reținem deci că, pentru hepatita epidemică de tip A, cea mai frecventă cale de transmitere este cea digestivă, iar mîna murdară este principala vinovată, cea care face legătura directă între sursa de infecție (materiile fecale) și locul de infectare (cavitatea bucală). Hepatita este deci o boală a nerespectării condițiilor minime de igienă individuală, este de fapt „o boală a mîinilor murdare". Mai rar, boala se poate transmite prin apă (epidemiile hidrice) sau prin unele alimente infectate (laptele). Riscul transmiterii prin sînge sau urină este mai redus pentru marea masă a populației adulte sau infantile ; constituie totuși apanajul personalului medico-sanitar, care, prin natura muncii lor, vin în contact nemijlocit cu aceste produse patologice, recoltate de la bolnavi.

Corect spus, numai forma virală de hepatită cu virus A este sinonimă cu hepatita epidemică, în timp ce hepatita cu virus B, denumită și „hepatita serică", „de inoculare", „de seringă" sau „posttransfuzională" precizează prin denumirea sa căile exacte de pătrundere a virusului în organism.

Hepatita virală este una din cele mai severe boli infectocontagioase atît pentru copii, cît și pentru adulți, prin consecințele imediate și tardive pe care boala le imprimă stării sănătății organismului, determinînd reducerea importantă a capacității sale de muncă.

Virusul A se află în sînge, în materiile fecale și în urina bolnavului în faza acută a bolii, și se elimină prin scaun cu 2—3 săptămîni înainte de a apărea icterul și continuă în primele 8—21 de zile (la unii bolnavi chiar luni de zile) de la apariția icterului. Deci, durata perioadei de contagiune, în cele mai multe cazuri, variază între 20—30 de zile și începe cu 2—3 săptămîni înainte de apariția icterului, continuînd încă 2—3 săptămîni după aceea.

Hepatita de tip B are o contagiozitate mult mai redusă, atunci cînd transmiterea virusului se face odată cu alimentele. Pătrunderea virusului B în organism pe alte căi (prin injecții, transfuzii de sînge sau de plasmă) este considerată un accident. Timpul scurs de la pătrunderea virusului pe această cale în organism și apariția bolii este mare, variind între 60—180 de zile, suficient ca bolnavul să nu-și mai amintească în ce împrejurări ar fi putut contracta boala. Odată pătruns în organism, virusul B persistă luni și chiar ani de zile, motiv pentru care acești foști bolnavi sînt excluși definitiv din rîndul donatorilor de sînge.

După vindecarea clinică, hepatita de tip A lasă imunitate de lungă durată, dar nu conferă nici o rezistență în fața hepatitei cu virus B.

Indiferent de calea prin care a pătruns în organism, virusul hepatitic ajunge în sînge și de aici în ficat, unde se înmulțește rapid și produce degradarea celulelor hepatice, împiedicîndu-le astfel să-și desfășoare activitatea lor complexă (metabolică, antitoxică, imunologică). Alterarea metabolismului pigmenților biliari (sintetizați în ficat) duce la creșterea lor considerabilă în sînge, determinînd apariția icterului (colorația galben-verzuie a tegumentelor și mucoaselor oculare și sublinguale) și în urină (urinele apar colorate brun, de nuanța berii).

În desfășurarea bolii se disting cîteva etape de evoluție, cu o manifestare clinică destul de eterogenă. Astfel, primele semne ale bolii sînt în general nespecifice și comune multor altor boli infecțioase sau neinfecțioase; debutează lent și progresiv, de cele mai multe ori prin: diminuarea pînă la dispariție a poftei de mîncare, grețuri, vărsături, dureri abdominale, balonare, însoțită adesea și de constipație. Totodată, apare și o stare febrilă, cu febră moderată, care durează cîteva zile; acesteia i se asociază deseori dureri musculare generalizate sau localizate la unele articulații. Concomitent, bolnavul prezintă o stare de astenie și de oboseală. Alteori, bolnavii se plîng de dureri de cap, de amețeli, insomnii, irascibilitate. În sfîrșit, pot apărea în această perioadă și erupții urticariene diverse, semănînd fie cu erupția din scarlatină, fie din rujeolă (pojar).

Toată această perioadă nespecifică, de debut a hepatitei epidemice, se numește „perioadă preicterică", deoarece icterul nu apare în această fază a bolii. Ea durează între 5 și 7 zile și constituie cea mai importantă etapă evolutivă a bolii, deoarece, acum mai mult ca oricînd, boala nefiind încă diagnosticată, iar bolnavii aflîndu-se în perioada de maximă contagiozitate, există riscul contaminării celor din jur și cu deosebire a copiilor din colectivități (grădinițe, școli) sau chiar a adulților (facultăți, armată).

În perioada preicterică, după cum se poate constata cu ușurință, boala seamănă cu o gastroduodenită, cu o gripă sau chiar cu un reumatism, motiv pentru care diagnosticul corect de hepatită epidemică se pune de multe ori cu întîrziere. După 5—7 zile de evoluție atît de nespecifică și necaracteristică, apare icterul, semnul clinic major al celor mai multe hepatite virale, perioada aceasta denumindu-se „perioada icterică" sau „perioada de stare". Icterul apare lent și progresiv, în mod surprinzător, tocmai în perioada în care bolnavul avea impresia că se simte mai bine decît înainte, considerînd că boala ușoară și banală pe care a prezentat-o merge spre vindecare.

Icterul apare și rămîne discret, în cele mai multe cazuri; alteori, el este intens și prelungit, avînd o culoare galben-verzuie. Apare evident la globii oculari, sublingual, în palme, dar căutat cu atenție se constată că toată pielea bolnavului este impregnată cu pigmenți biliari de culoare galben deschis sau galben rubiniu.

Icterul durează în medie 4 săptămîni; în primele 2 săptămîni se intensifică progresiv, iar în următoarele 2, scade în intensitate, pînă cînd dispare complet. Tot acum bolnavul acuză dureri hepatice, iar palparea ficatului arată mărirea lui în volum, fiind foarte dureros la cea mai ușoară atingere. În plus, în această perioadă, culoarea urinei virează spre portocaliu închis, luînd aspectul berii, iar scaunele se decolorează mult.

După dispariția icterului, bolnavul intră în perioada de declin a bolii și apoi în convalescență, cînd dispar majoritatea semnelor bolii. Totuși, adevărata vindecare a ficatului nu se produce înainte de 4—6 luni de la debutul bolii, și aceasta numai în aproximativ 95% din cazuri. În restul de 5%, evoluția este nefavorabilă, mergînd că-

tre faza cronică a bolii: hepatita cronică sau, o formă şi mai severă, ciroza ficatului.

Reimbolnăvirile de hepatită virală sînt posibile, dar nu tot cu acelaşi tip de virus, aşa încît pentru tipul de virus care a produs odată boala, imunitatea este definitivă.

După diagnosticarea bolii, se va prescrie bolnavului un regim igienodietetic sever şi medicamentos nespecific. Nu există un tratament eficient şi specific al hepatitei virotice ; cele mai multe cazuri de hepatită virală se vindecă în mod natural, fără nici o medicaţie, dar respectînd repausul şi regimul alimentar prescris de medic.

Internarea bolnavului în spitalele sau secţiile de boli infecţioase este obligatorie prin lege, pentru a se preîntîmpina contagiunea celor din anturajul bolnavului. Internarea este utilă şi bolnavului, prin aceea că permite o supraveghere continuă a evoluţiei bolii sale şi pentru a-l deprinde cu disciplina tratamentului său (igienic, dietetic şi medicamentos).

Repausul la pat este prima şi poate cea mai importantă măsură terapeutică în hepatita virală ; el durează cel puţin pe perioada primelor 2—3 săptămîni de boală şi continuă — este adevărat cu mai puţină severitate — şi după aceea, în următoarele săptămîni sau chiar luni de zile, dar sub forma unui repaus relativ. Regimul alimentar constituie o a doua măsură terapeutică utilă şi mai ales promptă, constînd iniţial în administrarea de alimente lichide (ceai, lapte, sucuri de fructe, supe), trecîndu-se progresiv la un regim din care să nu lipsească dulciurile, proteinele şi nici chiar unele din grăsimi (untdelemn, unt, margarină etc.). Sărarea alimentelor este permisă şi chiar indicată, în formele obişnuite ale hepatitei epidemice.

Tratamentul medicamentos este absolut necesar numai în formele grave ale bolii. În formele obişnuite ale hepatitei epidemice se recomandă numai unele vitamine, antivomitive, calmante gastrice şi aplicarea compreselor calde pe ficatul dureros. Dacă tratamentul bolii depinde de bolnav şi de medicul care-l supraveghează, în schimb stă în puterile noastre, ale celor sănătoşi, posibilitatea de a preveni apariţia altor cazuri de îmbolnăviri.

În prevenirea hepatitei epidemice produse de virusul A, măsurile igienico-sanitare ce se impun constau în : respectarea alimentaţiei raţionale ; eliminarea posibilităţilor transmiterii virusurilor prin alimente ; protecţia surselor de apă contra infectării lor ; respectarea igienei individuale şi colective (curăţenie, spălarea corectă şi frecventă a mîinilor, evitarea contactului cu bolnavii de hepatită epidemică). În plus, în prevenirea bolii se foloseşte cu succes, mai ales la copii, administrarea de gamaglobuline, cu condiţia ca aceasta să se facă, pe cît posibil, mai aproape de contactul infectant (contactul cu omul bolnav). Imunitatea conferită prin gamaglobuline variază pe o perioadă între 2—6 luni, iar protecţia oferită este de peste 90%.

Hepatita serică, produsă de virusul B, poate fi prevenită prin măsuri de ordin mai ales medical : sterilizarea corectă a materialelor medico-chirurgicale şi diminuarea pe cît posibil a numărului de transfuzii de sînge sau de plasmă. Tot o măsură medicală eficientă este aceea de eliminare a foştilor bolnavi de hepatită epidemică din rîndul donatorilor de sînge.

Dar, în ciuda tuturor măsurilor de prevenire a hepatitei epidemice, această severă boală infectocontagioasă tinde să devină din ce în ce mai frecventă şi mai agresivă pentru organismul uman, iar aria sa geografică de răspîndire cuprinde aproape întreg globul pămîntesc.

În faţa acestei situaţii, medicina mondială îşi concentrează toate eforturile în ofensiva pe care o duce prin cercetarea minuţioasă a tuturor problemelor ridicate de existenţa acestei boli.

Există speranţe în viitor pentru soluţionarea şi rezolvarea tuturor necunoscutelor oferite astăzi de hepatita epidemică. Faptul că, de dată nu prea îndepărtată, s-a descoperit o cale de identificare a purtătorilor de virus hepatitic la persoane fără semne de boală (este vorba de izolarea „antigenului australian") şi că în prezent se fac încercări — cu sorţi de izbîndă în viitorul foarte apropiat — de identificare şi izolare a virusului hepatitei epidemice, ne face să credem că se va descoperi curînd şi arma de atac eficientă împotriva acestei boli.

Dr. ANA POPESCU
Medic principal de specialitate
Leagănul de copii nr. 1, Bucureşti

principalele PARAZITOZE INTESTINALE la copil

Dr. doc. **I. Gherman**
Spitalul clinic „Fundeni"

În patologia copilului, bolile parazitare determinate de paraziții „comuni", mai frecvent întîlniți, ocupă un loc deosebit de important. Din această categorie fac parte : giardioza (lambliaza), oxiuriaza, ascaridioza, tricocefaloza și teniazele.

Giardioza (lambliaza) este provocată de un protozoar de dimensiuni microscopice (10—20 de microni), cunoscut în prezent mai frecvent sub numele de **Giardia** sau **Lamblia.** Parazitul, sub forma lui vegetativă, se întîlnește în bilă, iar sub forma chistică, de rezistență (infecțioasă), se găsește în scaune. Transmiterea bolii se poate face direct, de la om la om, sau indirect, prin alimentele pe care au ajuns chisturile infecțioase ale parazitului. Clinic, copiii mai mult decît adulții, acuză dureri abdominale, grețuri, vărsături, intoleranță față de anumite alimente, inapetență și uneori diaree. Diagnosticul se precizează atît prin examene coproparazitologice, care uneori trebuie repetate pînă la identificarea chisturilor, cît și prin examenul microscopic al sedimentului de bilă. Pentru prevenirea infestărilor se recomandă păstrarea unei igiene riguroase, prin spălarea fructelor și zarzavaturilor și prin întreținerea mîinilor în perfectă stare de curățenie.

Oxiuriaza constituie, pentru multe țări ale lumii, parazitoza intestinală cu frecvența cea mai crescută. Paraziții care o determină, oxiurii sau viermișorii, deși nu sînt mai mari de 1—2 cm, se pot recunoaște de obicei ușor, datorită culorii lor albe și a mișcărilor vii pe care le prezintă. Examenele de laborator ale materiilor fecale, prin care se caută, de fapt, ouăle parazitului, se pot menține negative, chiar în cazurile intens parazitate, și de aceea părinții sînt datori să controleze cu atenție scaunul copiilor, pentru a confirma existența paraziților. Copiii cu oxiuri se plîng, de cele mai multe ori, de mîncărime (prurit) la nas și la șezut, dureri abdominale, mai ales în jurul ombilicului, și tulburări de natură nervoasă ca : neliniște, somn agitat, lipsă de atenție etc., ceea ce poate constitui, nu de puține ori, și cauza rămînerilor în urmă la învățătură.

Deși oxiurii nu trăiesc decît aproximativ 35—45 de zile, totuși boala, chiar atunci cînd este tratată, se poate prelungi, datorită reinfestării cauzate de ignorarea măsurilor de igienă. Iată de ce odată cu tratamentul indicat, se cere să se respecte, cu aceeași grijă, și regulile de igienă, menite să preîntîmpine posibilitățile de reinfestare. Astfel, pe lîngă tratamentul celorlalți membri de familie, eventual parazitați, întreținerea igienică a mîinilor și combaterea prostului obicei al copiilor de a-și roade unghiile fac parte din măsurile care se impun în combaterea întreținerii și răspîndirii acestei boli.

Ascaridioza ocupă ca frecvență, de obicei, locul al doilea după lambliază. Paraziții care o determină, ascarizii sau limbricii, de culoare alb-roz, lungi uneori pînă la peste 30 cm, sînt, în general, cunoscuți. Prezența lor în organism este însoțită de tulburări variate. Dacă, în majoritate, purtătorii de ascarizi nu se plîng decît de dureri abdominale și mîncărimi, mai ales la nas, trebuie să precizăm că sînt și cazuri — din fericire rare — în care un singur ascarid poate pune în primejdie însăși viața celui infestat. Acest lucru se explică prin faptul că ascarizii pot provoca nu numai o suboclu-zie, ocluzie sau chiar perforație de intestin, dar pot, datorită tendinței ce o au de a rătăci prin organism (eratism), să pro-

voace unele complicaţii grave şi în alte organe ca : ficat, plămîn etc.

Tratamentul se impune, aşadar, cu necesitate. În acelaşi timp, trebuie avute în vedere şi măsurile prin care se pot preveni infestarea şi răspîndirea acestei parazitoze, care se fac prin intermediul ouălor de parazit ce ajung pe pămînt odată cu materiile fecale. Aceste ouă, de pe pămînt, ajung să ne infesteze prin intermediul mîinilor contaminate sau al fructelor şi zarzavaturilor nespălate. De aceea, în prevenirea bolii se recomandă folosirea corectă a closetelor, întreţinerea igienică a mîinilor, spălarea fructelor şi zarzavaturilor.

Tricocefaloza este o altă boală parazitară dată de **Trichocephalus dispar,** parazit care nu trece ca lungime de 4—5 cm. Se localizează în cec, apendice sau intestinul gros. Infestarea, ca şi în ascaridioză, se face pe cale digestivă, prin alimentele contaminate cu ouăle ce s-au maturat pe sol. În infestări mai masive cu un număr mare de paraziţi, copiii se pot plînge de dureri abdominale, poftă capricioasă de mîncare, greţuri, vărsături, tulburări de tranzit intestinal şi uneori anemie. În condiţiile de la noi, infestările sînt de regulă neînsemnate, aşa încît boala nu reclamă întotdeauna un tratament de specialitate, fiind suficient un tratament cu enzime, dezinfectante sau antispastice. Prevenirea se face prin aceleaşi reguli de igienă recomandante în ascaridioză.

Himenolepidoza, relativ des întîlnită la copii, este dată de o tenie mică **(Himenolepys nana),** care nu măsoară mai mult de 2—4 cm. În timp ce teniile mari se găsesc în intestin, de obicei într-un singur exemplar, această tenie mică poate ajunge în intestinul aceluiaşi copil pînă la mai multe mii de exemplare. Prezenţa unui asemenea număr mare de paraziţi este adesea însoţită de dureri abdominale, senzaţii de greaţă, balonări, diaree şi unele tulburări nervoase.

Cu toate medicamentele care se folosesc astăzi în tratamentul acestei parazitoze, viermele se elimină destul de greu, şi de aceea prevenirea contaminării copilului, în special prin spălarea regulată a mîinilor, capătă şi în această parazitoză o semnificaţie deosebită.

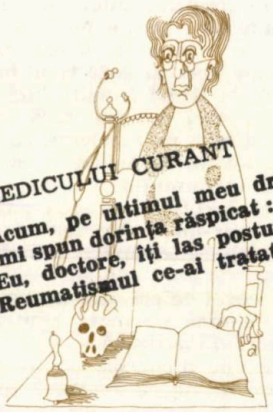
Teniazele sînt parazitoze provocate de teniile mari. **Taenia solium** se poate lua din carnea de porc, **Taenia saginata** din carnea de vită şi botriocefalul din icre sau carne de peşte.

Toate aceste tenii ajung să măsoare în lungime pînă la 10—15 m şi sînt formate dintr-un cap mic (scolexul), de mărimea unei gămălii de ac, un gît lung şi subţire şi un corp alcătuit din sute de segmente (proglote), aşezate cap la cap. În măsura în care, la nivelul gîtului, teniile cresc prin formarea de noi segmente, în aceeaşi măsură segmentele bătrîne din cealaltă extremitate se desprind şi se elimină la exterior, odată cu scaunele sau chiar între scaune. Cum asemenea segmente încărcate cu mii de ouă ajung pe pămînt sau în apă, posibilităţile de infestare a porcilor, vitelor sau chiar a peştilor, în carnea cărora se dezvoltă formele larvare ale parazitului, devin destul de numeroase. De la aceste animale infestate omul ia parazitul, prin carnea insuficient fiartă sau friptă.

La copil, ca şi la adult, prezenţa parazitului în intestin este adeseori însoţită de dureri abdominale, greţuri, vărsături, balonări, poftă capricioasă de mîncare şi diferite tulburări nervoase. În botriocefaloză se poate întîlni şi o anemie. Deşi există astăzi preparate destul de eficiente, totuşi, în special la copil, se obţine mai greu îndepărtarea parazitului cu totul (inclusiv capul), de la prima încercare. De aceea si în aceste parazitoze trebuie să acordăm atenţia cuvenită măsurilor prin care putem preveni îmbolnăvirea. Procurarea de carne din surse necontrolate, precum şi obiceiul gospodinelor de a gusta din carnea crudă în timpul preparării ei şi de a da din aceasta şi copiilor, trebuie combătute. De asemenea, este bine să se ştie că preferinţele unora pentru carnea „friptă în sînge" pot duce la contractarea parazitului. Aşa după cum rezultă din cele relatate, pentru a preveni apariţia bolii la om, mai este necesar ca purtătorii de tenie să respecte acele măsuri (ca utilizarea corectă a closetelor) care vor împiedica împrăştierea segmentelor de tenie pe sol şi răspîndirea parazitozei printre animale.

Datele prezentate în legătură cu principalele parazitoze intestinale pun în evidenţă importanţa pe care o ocupă, în combaterea acestora, respectarea cu grijă a tuturor regulilor de igienă individuală şi colectivă, cu care este necesar să deprindem copiii. Dar pentru a putea forma aceste deprinderi, se impune ca părinţii şi adulţii să constituie ei înşişi un exemplu demn de urmat, mai ales că aceste boli se pot întîlni şi în rîndurile celor mari.

[piGRaMe....



MEDICULUI CURANT

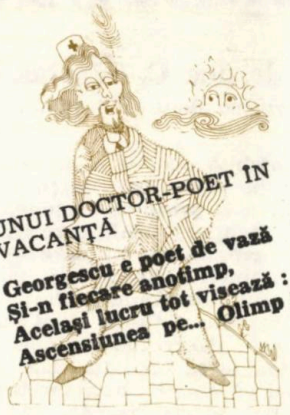
Acum, pe ultimul meu drum,
Îmi spun dorința răspicat :
Eu, doctore, îți las postum,
Reumatismul ce-ai tratat !

UNUI STUDENT LA MEDICINĂ AMATOR DE JURURI FIXE

Fănică tinde să devină,
De-o vreme-ncoace foarte trist.
Deși student la medicină,
Colegii toți îl știu... „jurist" !

EPITAF

Cînd testamentu-i consultară,
Pe toți de față tare l-a șocat.
El nu vrea piatră tumulară,
E mulțumit cu cea de la ficat !...



UNUI DOCTOR-POET ÎN VACANȚĂ

Georgescu e poet de vază
Și-n fiecare anotimp,
Același lucru tot visează :
Ascensiunea pe... Olimp !...

Traian Gărduș

fumatul și sănătatea TINERETULUI

Prof. dr. doc. **C. Anastasatu**
membru corespondent al Academiei R.S.R.

Grija deosebită care se manifestă astăzi, sub toate aspectele, pentru asigurarea unei sănătăți tot mai prospere include, înainte de toate, o atenție specială care trebuie să se acorde generațiilor viitoare — copii, adolescenți, tineri. Astăzi, se manifestă încă în rîndul tineretului școlar, băieți și fete, tendința de a fuma, fapt care, în afară de unele plăceri incerte, duce în mod cert la subminarea sănătății. Este îngrijorător faptul că acești tineri încep a fuma de la o vîrstă foarte fragedă, adică de la 10—12 ani.

La această vîrstă precoce, practica tumatului se răspîndește din spirit de imitație și curiozitate, cuprinzînd pe nesimțite un mare număr de tineri, care, atunci cînd pun prima țigară în gură, nici nu bănuiesc la ce riscuri își expun, de bunăvoie, propria sănătate. După 10—15 ani de fumat ei încep să devină candidați, tot mai frecvent, la bronșita cronică cu insuficiență respiratorie și limitarea capacității de muncă, la instalarea a tot felul de infecții și supurații ale căilor respiratorii, la tulburări circulatorii, inclusiv ale inimii, la tulburări digestive, la diverse boli ale traheii, laringelui etc. și, în ultimă instanță, la cancerul bronhopulmonar.

Cercetări minuțioase efectuate de oamenii de știință pe animale și pe colectivități umane de fumători și nefumători au arătat că riscul tinerilor fumători de a face, la vîrsta adultă, aceste boli cu evoluție gravă este de 3 pînă la 30 ori mai mare decît la nefumători, aceasta fiind în funcție de numărul de țigări fumate într-o zi, de „stilul" fumatului (cu sau fără inhalarea fumului în piept), de asocierea cu alte deprinderi la fel de nesănătoase, cum ar fi, de exemplu, consumul de băuturi alcoolice, viața în aer închis, neglijarea odihnei de noapte etc., într-un cuvînt depinde de cantitatea de substanțe toxice introduse în organism an de an, zi de zi, ceas de ceas, fără a mai vorbi de cei care ajung la „performanța", demnă de toată uimirea, de a aprinde țigară de la țigară.

Într-o viziune modernă, nu tocmai spre lauda omenirii, tinerii fumează din ce în ce mai mult pentru că „așa se poartă" și așa fac și adulții, aceștia fumează pentru că așa s-au deprins și nu se mai pot lăsa, fetele fumează pentru că așa este moda, iar copiii pentru că așa fac și colegii lor mai mari, ba chiar și părinții. Și astfel, industria fumatului se dezvoltă. După datele Organizației Mondiale a Sănătății, consumul de țigarete crește în 10 ani cu 50%. Ce pot face, în asemenea situație, persoanele conștiente de pericolul acestui viciu pentru specia umană ? Este necesar să existe din partea fumătorilor multă înțelegere și voință în a se debarasa de un obicei contrar naturii omului.

Dacă ținem seama de sutele de mii de victime anuale pe care le face, sub diverse forme, fumatul în rîndul celor aproape două miliarde de adepți credincioși ai săi de pe glob, nu este exagerat dacă am compara fumatul cu pericolul atomic.

Oricum, în această situație, este de datoria noastră, a tuturor, să ajutăm și să educăm tineretul prin exemplul nostru personal, luptînd din toate puterile împotriva acestui flagel care, în fiecare an, face mii și mii de victime omenești.

substanțe exogene în geneza accidentelor

Conf. dr. doc. MARȚIAN COTRĂU
Disciplina de toxicologie, I.M.F., Iași

Una dintre caracteristicile epocii moderne este apariția unei noi forme de morbiditate, care înlocuiește pe aceea a unei civilizații mai puțin evoluate din punct de vedere tehnic.

Progresul chimiei și al tehnicii a inversat raportul dintre boală și violență în tabloul morbdității și mortalității. Înaintea erei chimioterapiei predominau bolile infecțioase, astăzi sînt mai frecvente bolile „civilizației" : bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele, datorite stresului și mecanizării accentuate a diverselor activități umane.

În geneza accidentelor de muncă și de circulație intervin *factori umani* și *materiali*. Diverse date statistice privind studiul accidentelor arată că factorul uman este responsabil de aproximativ 80% din accidente. Factorii umani pot fi *intrinseci* și anume : deficiență în pregătirea profesională, oboseală, imprudență, comoditate etc. și *extrinseci*, rezultați din consumul sau utilizarea de alcool, medicamente, cafea, tutun etc.

Frecvența și gravitatea accidentelor constituie, prin consecințele lor, unul din aspectele negative ale civilizației. Spre exemplu, utilizarea vehiculelor cu motor ucide de 4 ori mai mult decît stările patologice pentru o anumită vîrstă. Creșterea anuală a riscului de accidentare este evaluată la 5—8%. Din alte statistici rezultă că se produce un deces la 10 milioane km rulați, o coliziune la aproximativ 2 minute și că pentru un deces se înregistrează 15 răniri grave și aproximativ 30—40 de răniri ușoare. Un raport al Organizației Internaționale a Muncii arată că anual mor prin accidente de circulație peste 100 000 de persoane și sînt rănite peste 1 1/2 milioane. În S.U.A. mor anual din cauza accidentelor peste 86 000 de persoane, ceea ce reprezintă un număr mai mare decît soldații americani pierduți în 8 ani de război în Vietnam.

Se știe că la realizarea oricărei activități ergonomice participă atît analizori, cît și organe efectoare. În raport cu tipul de muncă depusă, sînt solicitați diferențiat unul sau mai mulți analizori, cu sau fără participarea sistemului muscular, sub controlul și coordonarea sistemului nervos central.

În cadrul elementelor care creează conexiunea cu mediul exterior, cei trei analizori — acustic, optic, tactil — preiau excitațiile din mediul exterior, le transmit sistemului nervos, care le prelucrează — conștient sau inconștient — și apoi le transferă sistemului efector, care le aplică prin organul efector, constituind răspunsul final la excitanții respectivi.

În raport cu solicitarea nervoasă, în realizarea activității ergonomice, crește și importanța integrității canalelor de transmitere a datelor informaționale de la exterior spre sistemul nervos central și invers.

Evident, intervenția oricărui element intrinsec (de exemplu, oboseala) sau extrinsec (consumul anumitor substanțe) poate modifica viteza de transmitere a informațiilor și ordinelor, ducînd la rezultate dezastruoase.

ALCOOLUL

Etanolul poate fi considerat „o substanță care face parte din mediu, ca și fumul de țigară". El este toxicul cel mai răspîndit, afectînd în unele țări 5% din populație. În S.U.A. sînt 9 milioane de alcoolici sau persoane care abuzează de alcool, ingerînd

zilnic, în medie, alcool corespunzător la 1 litru băutură tare, ceea ce îi conferă o mai mare importanţă socială şi medicală decît totalitatea drogurilor.

Este de mult timp demonstrat că alcoolul deprimă nu numai activitatea nervoasă, dar micşorează şi toate posibilităţile de realizare ale fiinţei umane.

Teste psihotehnice de mare finețe au arătat că orice cantitate de alcool determină o scădere a capacităţii de execuţie într-o anumită componentă funcţională, în special acolo unde participă memoria şi judecata, ca şi dexteritatea manuală. Astfel, timpul de reacţie la lumină, după ingerare de alcool, se prelungeşte cu 30%, iar pentru sunet cu 38%. De Sommer a constatat că ingerarea a 10 ml alcool afectează simţurile, 25 ml tulbură echilibrul, iar 30 ml micşorează reflexele. Un experiment a arătat o creştere cu 35% a erorilor comise de dactilografele care au consumat 30 ml de coniac.

Rolul cel mai periculos al alcoolului în geneza accidentelor de muncă şi de circulaţie constă în subestimarea, de către cel în cauză, a influenţei alcoolului asupra capacităţii de execuţie. Simţul subiectiv asupra acestei capacităţi este mai ridicat, în contradicţie cu posibilitatea reală de recepţionare şi prelucrare a influxului informaţional, ceea ce perturbă capacitatea de adaptare la diferite situaţii. Determinînd o stare de excitaţie, subiectul devine impulsiv, exacerbînd o autoîncredere, ceea ce duce la nerespectarea normelor de securitate a muncii, de circulaţie etc., crescînd astfel riscul de accident.

La acestea se mai adaugă şi o creştere a motilităţii spontane, a nechibzuinţei şi a lipsei de simţ de răspundere. Se poate afirma că subiectul suferă de o infirmitate generală, complexă, cu ecou deosebit asupra atenţiei, capacităţii de adaptare şi prudenţei.

Pe plan motor sînt afectate atît mişcările semiautomate, cît şi cele coordonate în vederea gesturilor precise. Perturbarea lor se datoreşte alungirii timpului afectat executării diferitelor reacţii.

Statistici din diferite ţări arată o incidenţă a accidentelor de muncă datorită alcoolului cuprinsă între 4,5% şi 43%. Oricum, alcoolul aduce un prejudiciu enorm producţiei, prin creşterea de 30—40 de ori a absenteismului şi a concediilor medicale. Astfel, în S.U.A., s-au pierdut, într-un singur an, 30 de milioane de zile de lucru, ca urmare a beţiei, productivitatea muncii a scăzut cu 4—5% la persoanele care au băut moderat şi cu 15—30% după stare de beţie, la aceasta adăugîndu-se risipa materiilor prime, deteriorarea uneltelor, scăderea calităţii produsului. Mai mult, efectele negative ale consumului de alcool sînt resimţite pe plan economic chiar după eliminarea acestuia din organism. În acest sens pledează accidentele de muncă mai numeroase în ziua de luni (25% faţă de 13% în celelalte zile).

Frecvenţa accidentelor de muncă este invers proporţională cu alcoolemia. Simonin indică o frecvenţă de 30% a accidentelor la locul de muncă pentru persoanele cu alcoolemii între 0,5 şi 1 g‰. În schimb, peste 1 g‰, scade la 1/2, deoarece la asemenea concentraţii alcoolice manifestările intoxicaţiei etilice sînt atît de evidente, încît subiectul însuşi nu se mai prezintă la lucru sau este respins la triaj. Şi în transporturi, aproximativ 40% din accidente se datoresc consumului de alcool.

MEDICAMENTELE

Se ştie că consumul de medicamente, pe plan mondial, creşte într-un ritm mai rapid decît însăşi creşterea populaţiei, care se dublează la 25 de ani. Explozia consumului de medicamente în ţările dezvoltate economic nu pare a fi legată de creşterea morbidităţii, ci este asociată cu tensiunea, anxietatea, sentimentul de frustrare, inerente vieţii moderne. Acestea favorizează un mare consum de sedative, hipnotice, psihotrope, vitamine, unele fiind administrate simultan.

Astfel, în unele ţări se consumă exagerat şi adesea nemotivat *tranchilizante* ca : Meprobamat, Napoton, Diazepam. Ele încetinesc activitatea psihomotorie, încît persoanele sînt supuse riscului de accidente prin prelungirea timpului de reacţie la stimulii externi. S-a constatat că la 1,6 g/zi Meprobamat sau 30 mg/zi Napoton, rapiditatea reacţiilor şi a mişcărilor este considerabil scăzută.

Neurolepticele, de exemplu Clordelazinul, în doză de 100—400 mg, inhibă coordonarea rapidă, avînd acţiunea maximă între 2 şi 3 ore.

Sedativele de tipul barbituricelor deprimă cortexul, scăzînd capacitatea de coordonare, atenţia, judecata şi rapiditatea reacţiilor. Dozele hipnotice pot acţiona mai mult de 14 ore.

Psihotonicele de tipul amfetaminelor se caracterizează prin activarea stării de veghe, mascînd oboseala prin creşterea vigilenţei şi rezistenţei. Aceste efecte sînt însă urmate rapid de o stare de epuizare şi depresiune. Doze crescute de amfetamine

determină agitație, iritabilitate, cefalee, care, adăugate la oboseala reală, alterează judecata, făcînd ca subiectul să-și asume riscuri excesive, apărînd pericolul de accidente.

Antidepresivele sînt psihoanaleptice, care activează buna dispoziție. Dintre acestea, produșii triciclici — ca Imipramina — acționează în special prin inhibarea facultăților intelectuale, vizuale și motorii, iar inhibitorii monoaminooxidazei — ca Izoniazida — măresc excitația, diminuînd autocontrolul. În ambele cazuri, efectul durează pînă la 5 ore, perioadă în care persoanele respective sînt supuse accidentelor.

Dar, în afara medicamentelor psihotrope, mai sînt și alte clase de medicamente care pot genera accidente. Dintre acestea citām :

Hipotensivele — tip Hiposerpil — care scad tensiunea arterială, determinînd ameteli, oboseală și somnolență, capabile să inducă accidente.

Antihistaminicele de sinteză — componente frecvente în preparatele uzuale contra răcelii, rinitei alergice, răului de mișcare — provoacă adesea somnolență, dificultăți de concentrare, tulburări de coordonare și de vedere.

Derivații de beladonă, utilizați în medicația oftalmică sau ca relaxanți musculari (crampe), produc perturbări ale reacțiilor psihomotorii.

Analgezicele majore, ca Meperidina, produc o falsă euforie și prin aceasta o încredere nejustificată în propriile capacități fizice și intelectuale.

Agenții antibacterieni — hidrazida (HIN) — pot, de asemenea, afecta capacitatea de muncă sau de conducere auto, producînd euforie, excitație și mărind riscul la accidentare.

Desigur, problema se complică și prin reactivitatea individuală diferită, manifestată prin apariția obișnuinței la tratamente de lungă durată sau, dimpotrivă, prin hipersensibilitate la anumite medicamente.

Asemenea manifestări se pot observa și în cazul unor asocieri cu alte medicamente sau în cazul interreacțiilor dintre acestea și unele componente din alimente, precum și în cazul potențării efectelor farmacoterapeutice după ingerare de alcool, cînd se accentuează perturbările activității mintale și psihomotorii prin acțiune sinergică.

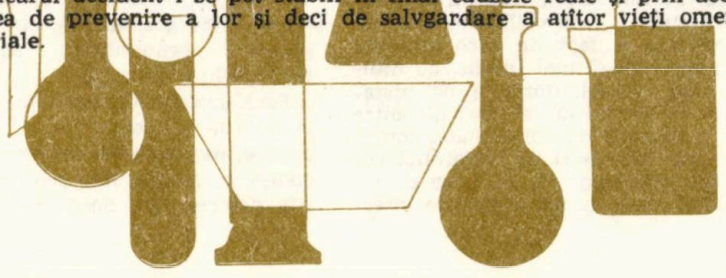
În amplificarea efectelor nedorite ale acestor medicamente, în geneza accidentelor, un rol important îl au substanțele toxice din mediul de muncă : oxid de carbon, gaze iritante etc.

CAFEAUA ȘI TUTUNUL

După opinia majorității specialiștilor, *cafeaua* (respectiv principiul activ cafeina) nu influențează favorabil capacitatea de muncă fizică sau psihică. Senzația subiectivă de înviorare nu are o corespondență obiectivă, reală. Cafeina nu sporește capacitatea de adaptare la condiții noi, iar durata și intensitatea creșterii capacității psihomotorii subiective produse de cafeină sînt cu atît mai mici, cu cît solicitarea înainte de consumul de cafea era mai mare. Dacă la acestea se adaugă fenomene secundare nedorite, ca : iritabilitate, palpitații etc., reiese pregnant rolul abuzului de cafea în geneza unor accidente.

Pe de altă parte, este demonstrat că *fumatul* contribuie la creșterea riscului de accidentare la locul de muncă sau la conducerea autovehiculelor. Carboxihemoglobinemia, accentuată la marii fumători, și amplificată uneori de emanațiile locale, constituie cauza unei insuficiente oxigenări cerebrale și miocardice, care se suprapune la oboseala fizică și psihică din producție. La acestea se mai adaugă întreruperea frecventă a activității respective prin aprinderea și manipularea țigării. Statistic, o proporție de 5% din accidentele de circulație se datorește fumatului la volan.

Datele expuse arată rolul substanțelor exogene în geneza accidentelor. Analiza aprofundată a cauzelor accidentelor a dus la concluzia exprimată lapidar de Organizația Mondială a Sănătății prin formula „accidentul nu este accidental". Într-adevăr, oricărui accident i se pot stabili în final cauzele reale și prin aceasta se deschide calea de prevenire a lor și deci de salvgardare a atîtor vieți omenești și bunuri materiale.



NOUTĂȚI

despre efectele băuturilor alcoolice

Prof dr. doc.
Marin Voiculescu

Nu ne vom referi la binecunoscutele efecte toxice ale alcoolului, rezultate prin abuz, la alcoolismul propriu-zis, cu implicațiile sale medicale și sociale și nici la relațiile nefaste dintre consumul de băuturi alcoolice și conducerea auto, ci vom prezenta cîteva efecte *„adverse"* ale alcoolului, mai puțin cunoscute, dar recent lămurite, care apar la cei ce recurg, modest, la băuturi alcoolice, acel consum *„rațional"* care n-a fost condamnat niciodată, nici chiar de către medici. Să amintim, cu acest prilej, că medicul și scriitorul *Rabelais*, care concepea în terapeutica sa, aplicată la spitalul din Lyon, cît mai puține droguri și cît mai multe mijloace igienodietetice și extracte de plante, nu uita ca în convalescența bolnavilor să le prescrie și o cură de vinuri ușoare (de regiune), denumite de el, în mod poetic *„rouă de septembrie"*. Dealtfel, despre vin și efectele sale terapeutice s-au scris și cărți, din care amintim *„History of wine as therapy"* (1963), în care sînt descrise o serie de „prescripții medicale" ale vinurilor, de la cele mai vechi (Hipocrate și Hesiod) pînă la cele din secolul al XX-lea (după care unul din efectele vinului ar consta din reducerea colesterolemiei).

În afara acestor aspecte agreabile, menționăm că unele persoane în situația unui consum uzual al băuturilor alcoolice *pot dezvolta reacții foarte neplăcute și neașteptate*. Aceste reacții „adverse" apar chiar la ingestia unei doze foarte mici de băuturi alcoolice și constau dintr-o erupție urticariană pe față, palpitații și scăderea tensiunii arteriale. Presupunerea că aceste reacții ar fi datorite unei *sensibilizări la alcool* (deci o intoleranță de natură alcoolică) nu s-a adeverit însă. Cercetările moderne au demonstrat că aceste reacții sînt mai curînd imputabile *histaminei*, substanță conținută în băuturile alcoolice în cantități variate și față de care anumite persoane reacționează mai intens, cu multiple tulburări. Astfel, dozările de histamină liberă la 100 ml de băuturi alcoolice au arătat că *vinurile roșii* și *vișinata* conțin cantitățile cele mai mari de histamină (de la 250—1 560 micrograme), în timp ce vinurile albe și berea ocupă o poziție intermediară (4—15 micrograme). Băuturile distilate, ca whisky și vodka, nu conțin histamină. Această substanță cu efecte vasomotorii pronunțate se pare că se formează în cursul fermentației alcoolice din histidină.

Simptomatologia creată la anumite persoane de unele din băuturile alcoolice amintite seamănă foarte bine cu simptomatologia produsă de reactivitatea crescută a acestor persoane față de histamină. După cum se știe, histamina dilată capilarele, declanșînd *cefalalgia histaminică*, cu dilatarea vaselor sanguine ale extremității cefalice, dureri localizate la tîmple, secreție nazală și lăcrimare. La acestea se adaugă o erupție eritematoasă pe față și piept, palpitații, scăderea tensiunii arteriale, greață și uneori fenomene astmatiforme (reacție specifică de tip histaminic). Terapeutic, se recurge, cu rezultate bune, la substanțe vasoconstrictoare, antihistaminice și fenotiazine. Profilactic, se recomandă evitarea băuturilor alcoolice ce conțin histamină de persoanele care prezintă aceste reacții.

Un alt efect secundar al alcoolului, provocat chiar de cantități mici de băuturi alcoolice ingerate *„à jeun"* (pe nemîncate), constă dintr-o *scădere bruscă a glucozei în sînge*, manifestată prin modificări neuropsihice *de tip ebrios :* ameteală, scăderea activității intelectuale și a judecății (simptome neuroglicopenice). Acest efect se datorește unei secreții mărite de insulină, determinată de alcool, ca urmare a efectului direct al acestuia asupra celulelor *beta* ale pancreasului endocrin. Efectul hipoglicemiant devine și mai puternic dacă, concomitent, se consumă și zahăr pe nemîncate ori dacă băutura alcoolică conține zahăr. Acest fenomen de hipoglicemie survine reflex, după o hiperglicemie inițială, ca urmare a unei secreții brusc crescute de insulină.

Experiențe efectuate recent (1977) pe persoane sănătoase, cu *„gin"* sau cu alte băuturi, constînd dintr-o cantitate de 50 g alcool și 60 g zaharoză, au provocat hipoglicemii pronunțate, cu simptomele neuropsihice amintite.

Este evident că persoanele care recurg la un consum, chiar redus, de băuturi alcoolice, dar ingerate pe nemîncate, pot declanșa o hipoglicemie reactivă, cu tulburările descrise, iar dacă trec la conducerea

unui autoturism, *pot provoca accidente* (chiar dacă alcoolemia este sub limita legală).

Acest efect secundar al alcoolului de a declanşa hipoglicemii cu simptome clinice care pot merge pînă la coma hipoglicemică, la unele persoane cu o reactivitate deosebită, este încă puţin cunoscut şi studiat.

Tabloul clinic este cel clasic : ameţeală, convulsii, transpiraţii, stare de letargie. Desigur, este o situaţie mai rară, ***apărînd numai la unele persoane cu o reacţie neobişnuită la alcool.***

Cantitatea de alcool după care pot apărea aceste fenomene nu este necesar să fie mare. Se pare că o condiţie favorizantă este constituită de o stare prealabilă de foame prelungită, în care depozitul de glicogen hepatic este scăzut. Experimental, un post de 2—3 zile la o persoană normală favorizează considerabil o hipoglicemie prin alcool, în timp ce la persoanele cu un depozit de glicogen scăzut (suferinzi de tireotoxicoză, de exemplu) este suficient un post de 12 ore pentru a se provoca o hipoglicemie prin alcool.

S-a observat că la copii starea de hipoglicemie, după ingestia de alcool, se instalează mult mai uşor.

O situaţie deosebit de periculoasă se întîlneşte frecvent la ***diabeticii care primesc insulină*** şi care întîmplător recurg şi la ***o băutură alcoolică. La aceştia se poate realiza chiar o comă hipoglicemică,*** prin efectul conjugat, hipoglicemiant, al insulinei şi al alcoolului.

Este necesar să reţinem că alcoolul deţine şi o acţiune de a interfera mecanismul de reglare a glicemiei, tulburare care devine maximală dacă se adaugă şi efectul insulinei. Aşadar, ***diabeticii trataţi cu insulină prezintă o toleranţă foarte scăzută faţă de băuturile alcoolice.*** De asemenea, în simptomatologia comei alcoolice la copil, trebuie să se ţină seama şi de instalarea concomitentă a unei hipoglicemii pronunţate, care agravează coma alcoolică.

Din datele expuse privind efectele alcoolului asupra metabolismului glicemiei, reiese clar că la persoanele care prezintă o sensibilitate deosebită, efectele adverse apar chiar la doze mici sau moderate, creînd situaţii patologice uneori din cele mai periculoase.

aNgaJAMent

Iubiţi prieteni, vă declar de-a dreptul
c-am hotărît, chiar din această seară,
să lepăd blestemata de ţigară
ce-mi ruinează inima şi pieptul.

Deci, n-am să mai fumez ! E-prima oară
că-ncerc şi eu s-o fac pe înţeleptul
şi să urmez conştiincios preceptul
că sănătatea-i avuţie rară.

Vă jur pe plăpumi, preşuri şi perdele
c-am să le ţin curate-curăţele,
nici fum, nici mucuri n-au să le pîrlească.

Vă iau de martori, cîţi sîntem cu toţii,
dar ca să-mi treacă marile emoţii,
aş mai aprinde, zău, o „Mărăşească"...

ANDREI CIURUNGA

Distribuția

Acuzat . . . . . alcoolul
Avocat . . . . . beţivul
Procuror . . . . medicul
Judecător . . . cititorul
Martor 1 . . . Institutul medico-legal
Martor 2 . . . Spitalul de urgenţă
Martor 3 . . . Clinica de boli interne
Grefier, aprod, public

La ridicarea cortinei apare o sală de tribunal ca oricare alta.

Judecătorul : Acuzat, recunoşti acţiunea dăunătoare a ta asupra organismului ?

Acuzatul : Nuu !

Judecătorul : Admiţi că aduci daune economice ?

Acuzatul : Nuu !

Judecătorul : Apărarea are probe în susţinerea afirmaţiilor acuzatului ?

Avocatul : Se ştie că băutura hrăneşte, face să crească puterea de muncă, încălzeşte corpul, combate bolile infecţioase şi...

Procurorul : Simple afirmaţii, nedovedite...

Avocatul : Acuzarea poate să conteste că un litru de alcool rafinat furnizează 7 000 de calorii ? Nu-i aceasta cea mai bună dovadă că băutura este un aliment ?

Procurorul : Regret, dar apărarea nu e bine documentată. Cărbunii şi ţiţeiul dezvoltă şi ele calorii, fără ca cineva să le atribuie calităţi nutritive. Propun să-l ascultăm pe reprezentantul Clinicii de boli interne.

Martorul 3 : Într-adevăr, nimeni nu a putut supravieţui dacă a suspendat mîncarea şi a încercat să se hrănească numai cu băuturi alcoolice.

Judecătorul : Iată deci, acuzat, că nu ai valoare nutritivă.

Acuzatul : Nu recunosc ! Eu sînt ars în organism ca şi substanţele alimentare.

Judecătorul : Care-i părerea martorului?

Martorul 3 : Aşa este, dar organismul arde alcoolul ca să scape de el, ca să-l elimine cît mai repede sub o formă inofensivă. Prin arderea alcoolului organismul este jefuit de substanţe foarte utile, printre care şi unele vitamine. Băuturile nu aduc energia necesară proceselor complicate care au loc în organism. Ele nu asigură nici materialul necesar construcţiei de celule pentru înlocuirea celor uzate şi pentru creştere, aşa cum se întîmplă cu laptele, carnea, ouăle, peştele, cerealele, dulciurile, fructele şi legumele.

Avocatul : Să admitem că alcoolul nu face nici bine, nici rău.

Procurorul : Nu vă grăbiţi, să-l ascultăm în continuare pe martor.

Martorul 3 : Băuturile spirtoase atacă mucoasa stomacului, tulbură grav funcţia ficatului şi a pancreasului, dăunează sistemului nervos, influenţează resorbţia alimentelor din intestin. Astfel, se ajunge la o stare de denutriţie, la anumite boli grave. Se pare că şi avocatul este candidat la ciroză.

Procurorul : Să facem şi un calcul economic. Un litru de alcool rafinat costă 90 de lei, iar un kg de unt, care se ştie că e un aliment foarte preţios şi dezvoltă tot 7 000 de calorii, costă 40 de lei. Rog onoratul tribunal să se consemneze acest aspect.

Judecătorul : Acuzat, tot mai susţii că eşti un aliment ?

Acuzatul : Să zicem că nu. În schimb, dau omului putere şi curaj, îl fac să muncească înzecit.

Procurorul : Îmi permit să citez pe reprezentantul Spitalului de urgenţă.

Martorul 2 : E o simplă impresie. Numai alimentele dau putere de muncă. La început băutura dă o stare de excitaţie, alcoolicul avînd impresia că poate muta munţii din loc. Este ca şi cum ai da cu biciul în nişte cai deja extenuaţi. Apoi urmează faza de inhibiţie, în care beţivul este vlăguit, somnoros, cu atenţia scăzută. În plus... dar e mai bine să-l ascultaţi pe colegul de la Institutul medico-legal.

Martorul 1 : Nu numai că beţivul prestează o muncă de proastă calitate, dar produce şi multe nenorociri. Ori îşi pierde viaţa din cauza neatenţiei, ori accidentează mortal pe alţii. Vă asigur că am văzut la noi, la morgă, multe victime ale alcoolismului. Ca dovadă depun pe masa onoratului juriu un teanc de statistici din toată lumea, din care reiese numărul victimelor alcoolului : accidente în industrie şi pe şantiere, pe stradă şi chiar la domiciliu.

Judecătorul : Să se pună aceste statistici la dosar.

Avocatul : Procurorul exagerează. Noi nu pretindem să se facă abuz.

Procurorul : Onorat tribunal, deţin rezultatele unor cercetări din care citez : la

un singur pahar de vin de 250 ml, concentrația alcoolului în sînge se ridică la 0,3—0,5 g/litru, dublînd riscul de accidentare. Dacă se ajunge la 1 g/litru, acest risc devine de 13 ori mai mare. La o concentrație de peste 3 g/litru, băutorul intră în comă. De obicei nu mai poate face rău altuia, ci propriei sale persoane, deoarece la 6—8 g/litru se poate produce moartea.

Acuzatul : Eu refuz să cred că am omorît pe cineva...

Judecătorul : Ce spune Institutul medico-legal ?

Martorul 1 : Există, de exemplu, unii tineri inconștienți care se întrec în a bea mai mult și mai repede băuturi tari. Un litru de coniac sau de rachiu consumat la repezeală poate fi fatal. Vă rog să depuneți la dosar această listă cu cazuri nominale care au ajuns la noi.

Procurorul : Există și circumstanțe agravante. Profitînd de neatenția părinților, acuzatul a ucis și mulți copii, la care dozele toxice sînt mai scăzute decît la adulți.

Avocatul : Clientul meu — trebuie să recunoașteți — aduce și servicii, încălzindu-i pe cei ce lucrează în frig.

Procurorul : Dați-mi voie să citesc un fapt divers publicat în presă. Un grup de excursioniști au fost surprinși de viscol în creierii munților. Unii au mîncat biscuiți și ciocolată, le-a fost frig, dar au trăit. Ceilalți au consumat alcool, s-au încălzit, dar au murit.

Judecătorul : Predați articolul, care devine piesă la dosar.

Acuzatul : Nu pricep, cum vine asta ?

Procurorul : Să dăm cuvîntul Spitalului de urgență.

Martorul 2 : Alcoolul face să se dilate arteriolele cutanate, ceea ce dă senzația subiectivă de căldură, datorită și scăderii sensibilității centrilor nervoși, care fac reglarea termică. În loc să se păstreze căldura, se pierde. Dar nu este nevoie să te cațări pe munți pentru ca să mori înghețat ; uneori se mai găsesc și pe drumuri oameni înghețați, în comă alcoolică. Iată lista alcoolicilor comatoși care au fost internați la reanimare, în spitalul nostru, numai în iarna trecută. Alții ajung direct la colegii noștri de la Institutul medico-legal.

Avocatul : Dar noi pledăm pentru un consum moderat de alcool. Acuzarea are vreo obiecție ?

Procurorul : Da ! Nimeni nu poate să stabilească cu cifre limita așa-zisului consum moderat. Cine ne garantează că omul nu depășește această limită ? Consumul zilnic sau în exces poate favoriza apariția bolilor amintite. În plus, beția poate duce la acte de violență, crime, violuri, bătăi și alte manifestări antisociale. În familia bețivului dispare voia bună, tandrețea, căldura sufletească atît de necesară, în special, în căminele cu copii. Bugetul familial scade în mod alarmant, deoarece alcoolicul are nevoie mereu de bani. Statisticile mai arată că alcoolicii își scurtează viața cu aproape 25%.

Avocatul : Bunicul meu a băut toată viața și a trăit 93 de ani.

Judecătorul : Argumentul nu este întemeiat. Acuzarea a depus numeroase dovezi statistice realizate pe grupe mari de alcoolici.

Avocatul : Mai am un argument.

Judecătorul : Aveți cuvîntul.

Avocatul : Nu se poate nega rolul antiinfecțios al clientului meu. Se știe că alcoolul distruge microbii.

Procurorul : Nu căutați să amăgiți instanța. Alcoolul de 70° distruge o bună parte a microbilor numai cînd este în contact cu ei la această concentrație. Dar cele 70°, dacă alcoolul este consumat, echivalează cu aproximativ 700 la mie concentrație în sînge. Iar noi am văzut că la 7‰, adică la o concentrație de 100 de ori mai mică, omul riscă să-și piardă viața. În concluzie, acuzatul și apărarea au încercat să ne prezinte diferite argumente care să motiveze abuzul de alcool.

Judecătorul : Au fost respinse toate, pe baza probelor depuse de acuzare și de martori. Am dori să aflăm însă adevărul.

Procurorul : Eu sînt partizanul concepției lansate de Organizația Mondială a Sănătății : **Alcoolismul este o intoxicație de plăcere**", așa cum sînt fumatul și consumul de stupefiante. Termenul **intoxicație** nu mai are nevoie de comentarii. Rețineți însă termenul **plăcere**, din care se deduce că omul și-o procură singur.

Acuzatul : Prin urmare recunoașteți că eu furnizez omului o plăcere.

Procurorul : Din păcate, o plăcere pentru care organismul plătește scump. Ce părere are Clinica de boli interne ?

Martorul 3 : S-a constatat că tinerilor începători, alcoolul nu le produce nici o plăcere. Dimpotrivă, devin palizi, transpiră, vomită, sînt cuprinși de o stare de leșin, au pulsul foarte slab. Numai dacă perseverează, acești tineri se obișnuiesc și intră în rîndurile alcoolicilor. Din păcate, există persoane adulte care să-i atragă pe această cale. Consecințele prea scump plătite de alcoolic și de societate pentru satisfacerea acestei „plăceri" au fost amintite.

Judecătorul : Vreți să susțineți că societatea, noi, oamenii cumpătați sîntem împovărați de consecințele alcoolismului ?

Procurorul : Acest lucru se poate și demonstra. Este suficient să-l ascultăm pe reprezentantul Spitalului de urgență.

Martorul 2 : În spitalul nostru s-a efectuat un studiu economic pe 104 bolnavi

internați pentru come alcoolice sau accidente din cauza consumului abuziv de alcool. Redau pe scurt cîteva cifre :

— Costul medicamentelor, analizelor și al prestațiilor medicale (în lei) 204 568

— Costul mediu pentru un bolnav 1 967

— Nr. zile spitalizare consumate (fără zilele consumate în alte spitale pentru tratarea unor complicații) 859

— Costul zilelor de spitalizare 142 173

— Costul spitalizării pentru un bolnav 1 367

— Total cost mediu pentru un bolnav (1 967+1 367) 3 334

— Nr. zile concediu medical (fără concediile acordate în continuare de alte unități sanitare) 234

Credeți că aceste cifre mai au nevoie de comentarii ?

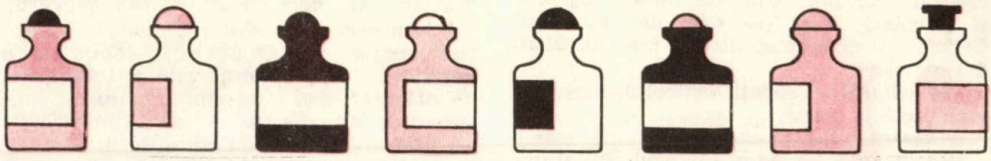
Judecătorul : Nu, nu e nevoie. Reținem și acest document. Nu m-ar mira dacă, la un moment dat, cei vinovați vor fi obligați să plătească din buzunarul lor toate cheltuielile.

Avocatul : Dar clientul meu nu poate lipsi de la anumite ocazii festive : revelioane, nunți, botezuri, aniversări etc.

Procurorul : Acest aspect nici nu figurează în actul de acuzare. Noi ne referim la „așa-zisele ocazii festive", pe care unii oameni le caută : fie că Gicu și-a cumpărat o haină nouă și vrea s-o ude, fie că Nicu a avut o realizare și face cinste, fie că Titi și-a luat carnetul de conducere etc. Acuzatul este prezent pretutindeni. Apărătorii lui au și găsit o motivație : „bem în sănătatea lui..." În orice caz, un lucru este clar : „dacă bei prea mult în sănătatea altuia o pierzi sigur pe a ta".

Judecătorul : Instanța este lămurită. Stimați cititori participanți la acest proces SENTINȚA VĂ APARȚINE !

Dr. DAN ABULIUS



EPIGRAME

DESPRE LONGEVITATE

Un sfat vă dau și nu povești,
Deși nu cred să vă convină :
Cu cît plăcerea prelungești,
Cu-atîta viața-i mai puțină !

TIMPULUI VINDECĂTOR

Este-un medic iscusit
Cum n-a mai văzut Olimpul,
La bolnavi a dovedit
Că leacul cel mai bun e... timpul.

PROGRES

Medicii luptînd cu boala
Au învins-o într-o clipă,
C-au desființat răceala
Dar ne-mbolnăvim de... gripă.

REȚETĂ

Cînd mai scrii vreo epigramă,
Dacă vrei să știi că merge,
Tai-o-n două, fără teamă,
Iar ce mai rămîne... șterge.

THEODOR MARICARU

examenul CITOLOGIC

factor activ în depistarea CANCERULUI UTERIN

Cancerul uterin este o boală care afectează femeia la orice vîrstă, cunoscînd o incidență mai crescută în perioada de menopauză, cînd organele genitale ale femeii suferă modificări involutive accentuate. Această boală poate fi însă prevenită și dacă totuși a apărut, reușindu-se să fie depistată în fazele de început, este perfect vindecabilă. Din fericire, avem mijloace pentru realizarea practică a acestor deziderate.

În țara noastră, grija pentru om, pentru păstrarea sănătății lui este o preocupare centrală, medicina îmbrăcînd în acest scop un puternic caracter *profilactic*, adică de luptă pentru *promovarea sănătății prin prevenirea îmbolnăvirilor*. În acest context, Ministerul Sănătății a inițiat încă din 1971 largi acțiuni de masă pentru prevenirea și depistarea cancerului uterin (îndeosebi al colului uterin), cu ajutorul examenului citologic.

Cancerul uterin reprezintă cea mai frecventă localizare neoplazică la nivelul organelor genitale ale femeii. Într-o proporție de 4 din 5 cazuri, îmbolnăvirea se face la nivelul *colului uterin*, adică tocmai porțiunea care răspunde spre vagin, fiind accesibilă mijloacelor directe de examinare. După cum se știe, colul uterin este învelit de un țesut de acoperire numit *epiteliu* și la acest nivel se produce cancerizarea (fie pe suprafața colului, fie în interiorul canalului care îl străbate, fie — mai des — la limita dintre acestea). Epiteliul colului, ca dealtfel toate țesuturile din organism, se află într-o continuă reînnoire : celulele îmbătrînite se desprind neîncetat, amestecîndu-se cu secreția obișnuită din vagin. Acest proces se întîmplă și în cazul cînd apare o îmbolnăvire a epiteliului, dar cu atît mai mult cînd se dezvoltă un cancer.

Bazat pe acest fenomen, adică pe prezența de celule normale sau patologice (inclusiv canceroase) în secreția vaginală, s-a imaginat o metodă de depistare a acestor îmbolnăviri, așanumitul *examen citologic al secreției vaginale*, cunoscut și după numele celor care au descoperit procedeul, *testul Babeș-Papanicolaou*.

În principiu, *examenul citologic* constă din recoltarea secreției vaginale pe o lamă pentru microscop (frotiu).

În marea majoritate a cazurilor (aproximativ 80—90% din cazurile examinate), pe lamele microscopice se găsesc celule absolut normale, excluzînd astfel posibilitatea ca la nivelul colului uterin să existe vreo îmbolnăvire ; un asemenea frotiu se notează cu indicativul C_I. Cam la 1/5 din femeile care se consideră sănătoase, examenul citologic arată prezența unor celule care trădează existența unei inflamații sau a unei leziuni benigne (C_{II}) și mult mai rar a unor celule net patologice ($C_{III, IV, V}$). Acestea din urmă reprezintă semnalul de alarmă. *Prezența unui frotiu* C_{III-V} *nu înseamnă neapărat existența unui cancer, ci ne atrage atenția că la nivelul colului uterin se petrec modificări, ceea ce impune prezentarea grabnică a femeii la medicul specialist.*

Așadar, examenul citologic este o metodă extrem de simplă, care, fără nici un inconvenient pentru femeie, semnalează cu o mare exactitate, o posibilă stare de boală (de cele mai multe ori nebănuită) la nivelul colului uterin, inclusiv un început de cancer, care este îmbolnăvirea cea mai de temut. Este o metodă deosebit de eficace de triaj *(screening)*, care depistează la o femeie din 5 — considerate absolut sănătoase — existența unei suspiciuni de îmbolnăvire la nivelul colului uterin.

În acțiunile de depistare în masă, organizate la noi în țară, la început în cîteva mari municipii, capitale de județ, dar în prezent pe cale de a se generaliza, au fost antrenate toate feme-

ile între 30 și 65 de ani (vîrsta cînd îndeosebi sînt supuse riscului de îmbolnăvire), în mod periodic, adică repetînd controlul la 3 ani. Succesul acestei metode de depistare a îmbolnăvirilor colului uterin (inclusiv a cancerului) este asigurat de o participare cît mai mare a femeilor la această acțiune.

Celor care au prezentat un frotiu patologic (C_{III-V}) li se va efectua *examenul colposcopic* (o lupă binoculară numită colposcop, care mărește de 16—40 de ori imaginea colului, permițînd să se observe zona care prezintă leziunea suspectă) și, dacă este cazul, o *biopsie*, adică se va recolta un fragment mic de țesut (intervenție absolut nedureroasă), pentru ca printr-un examen microscopic, să se precizeze diagnosticul.

Marea majoritate a femeilor, prezentînd leziuni absolut benigne, vor fi supuse unui tratament corect, ceea ce va constitui o veritabilă profilaxie a cancerului. În cazul în care se constată leziuni mai grave (stări precanceroase) sau chiar un cancer incipient (stadiul 0 sau IA — faze de început), cînd nu sînt prezente semne de suferință genitală, prin actualele metode de tratament se asigură vindecarea în aproape 100% din cazuri.

Finalizată în felul acesta, acțiunea de depistare citologică reușește să surprindă boala în faze foarte timpurii, cînd succesul terapeutic este asigurat prin mijloace simple, de obicei fără infirmități ale aparatului genital (de exemplu, pentru cancerul incipient stadiul 0 se efectuează operația numită conizație, care păstrează integritatea aparatului genital, permițînd chiar sarcinile și nașterile ulterioare).

Pentru ca acțiunea de depistare a cancerului să se poată desfășura în mod ordonat și eficient, este necesar ca masele de femei să înțeleagă sensul ei, să se supună conștient și activ la examinare, avînd încredere deplină că sănătatea lor va fi astfel asigurată.

Dr. Sergiu Munteanu
doctor în medicină,
medic primar

TULBURĂRILE CICLULUI MENSTRUAL

Dr. N. CRIȘAN
Clinica de obstetrică-ginecologie, Spitalul „23 August"

Tensiunea dureroasă a sînilor, balonarea abdominală, constipația, cefaleea, irascibilitatea, insomniile sînt tulburări ce apar la o bună parte din femei, în zilele ce preced instalarea fluxului menstrual și uneori la jumătatea ciclului. Alteori, menstrele sînt dureroase, abundente, se succed la intervale neregulate, se prelungesc excesiv.

Sînt toate acestea fenomene normale sau, dimpotrivă, sînt manifestări patologice ? Au o explicație științifică ? Ele trebuie să afecteze femeia, lună de lună, ca o suferință (sau cel puțin ca o indispoziție) obsesivă, inevitabilă, de-a lungul a 2—3 decade de viață sau există mijloace de a le trata sau preveni ?

Lunar, organismul femeii suferă importante modificări hormonale, în urma activității ciclice a hipotalamusului, glandei hipofize și ovarului, care au drept scop formarea ovulului și pregătirea pentru o nouă sarcină. Dacă ovulul nu este fecundat (nu are loc contopirea cu un spermatozoid) și deci nu se instalează o nouă sarcină, survine menstruația. Mucoasa uterină, care ciclu de ciclu suferă transformări pentru a putea deveni capabilă să asigure fixarea și hrănirea oului de-a lungul celor nouă luni de sarcină, este eliminată odată cu sîngele menstrual. Am greși însă dacă am crede că modificările legate de ciclul menstrual se limitează doar la variațiile endocrine, adică ale secreției celor doi hormoni principali feminini (foliculina și progesteronul) și la dezvoltarea mucoasei care căptușește în interior uterul. În a doua jumătate a ciclului menstrual, înțelegînd prin aceasta întreg intervalul cuprins între prima zi a ultimei menstruații și preziua menstruației următoare, au loc modificări ale

întregului organism. Se produce o reținere de apă și săruri de către țesuturi, se modifică (desigur, într-o măsură redusă) funcția principalelor aparate : circulator, respirator, digestiv etc. Survin modificări chiar ale activității nervoase. Sarcina reprezintă o perioadă de intensă solicitare (în limitele normalului) a întregului organism al femeii. Pregătirea aparatelor și sistemelor organismului pentru a face față la această activitate crescută are loc deci, încă în partea a doua a ciclului menstrual. Printr-o multitudine de angrenaje, acesta este în legătură cu întreg organismul. Prin intermediul hipotalamusului (regiune a bazei creierului) se stabilesc legăturile cu sistemul nervos și, în acest fel, ciclul menstrual suferă cele mai diverse influențe, inclusiv cele induse de mediul exterior, mediul social, condițiile de viață.

Un ciclu normal presupune succesiunea regulată a menstrelor la intervale nu mai scurte de 25 de zile, nedepășind 35 de zile. Durata normală a menstruației este de 3—5 zile, nedureroasă, în cantitate moderată și lipsită de cheaguri. Abaterile de la aceste criterii trebuie considerate ca anormale și de aceea se recomandă să fie consultat medicul specialist pentru a stabili cauza și a putea recomanda tratamentul corespunzător.

În zilele ce preced instalarea menstruației, apar adesea tulburări care sînt cuprinse sub denumirea de sindrom premenstrual. Acest sindrom e întîlnit, cu intensități diferite, la 35—40% din femeile aflate în perioada de activitate genitală. Cea mai constantă manifestare a sindromului premenstrual o reprezintă congestia sînilor. Aceștia sînt în tensiune, duri, grei, dureroși, adesea nesuportînd atingerea și făcînd penibilă chiar îmbrăcarea lenjeriei. Apare, în același timp, congestia abdominală și pelviană, însoțită de balonare, dureri surde ale abdomenului, frecvent propagate spre coapse și șale. Reținerea de apă de către organism poate determina, în aceste zile, o creștere în greutate de 1—2 kg sau mai mult și apariția de edeme ale pleoapelor, feței și, mai rar, ale degetelor și gambelor.

Tulburările nervoase sînt frecvente, îmbrăcînd însă, de obicei, forme ușoare : nervozitate, agitație, iritabilitate, senzație nejustificată de teamă permanentă, crize de plîns, insomnii sau, dimpotrivă, somnolență.

Cefaleea apare frecvent, adeseori sub formă de migrenă. Mai pot apărea tulburări biliare, vărsături, constipație sau diaree, tulburări urinare etc.

Printre factorii favorizanți ai sindromului premenstrual, se numără : viața sedentară, emoțiile puternice, șocurile, viața trepidantă, absența nașterilor.

Plecîndu-se de la existența unui deficit de secreție progesteronică, incapabil de a contrabalansa producția de foliculină, tratamentul actual al sindromului premenstrual se bazează pe administrarea de progestative de sinteză, în a doua jumătate a ciclului menstrual. Dispunem astăzi de numeroase preparate, cu administrare orală, în doze individualizate după caz și sub supravegherea strictă a medicului specialist.

Față de tulburările caracteristice acestui sindrom, în general indispoziția, familia va manifesta tact, răbdare și înțelegere. Femeia va fi ajutată să depășească momentele mai dificile, mai ales cele neuropsihice, știut fiind că perturbarea vieții de familie nu face decît să le accentueze. Alte tulburări sînt cuprinse sub numele de sindrom intermenstrual și survin la jumătatea ciclului, sub forma unor crize dureroase de intensitate diferită, însoțite uneori de o mică sîngerare.

Cel mai adesea, pentru calmarea durerilor în sindromul intermenstrual, se utilizează cu succes aspirina sau algocalminul. Mai rar, în cazul unor crize dureroase intense, prelungite, care stînjenesc pentru una sau mai multe zile activitatea femeii, lună de lună, se impune tratamentul hormonal, cu preparate estro-progestative, care blochează ovulația. Și acest tratament necesită un strict control medical.

Nu vom insista în mod deosebit asupra sîngerărilor menstruale prelungite. Ele au numeroase cauze, uneori ușor de descoperit, prin simplul examen ginecologic, alteori însă, stabilirea lor presupune examinări complexe și o urmărire de mai lungă durată. Menoragiile — cum sînt denumite — apar frecvent la tinerele fete în lunile sau anii care urmează imediat instalării ciclurilor menstruale și se datoresc unei secreții hormonale ce nu și-a realizat încă echilibrul normal. Adesea pot apărea însă în preajma vîrstei de 40 de ani. Surprinzător de multe femei le privesc cu multă neglijență, atribuindu-le apropierii menopauzei. Adesea se prezintă la consultații după sîngerări de săptămîni și chiar luni de zile, cu anemii atît de accentuate încît le fac incapabile de cel mai mic efort ! Banalizarea acestor sîngerări, netratarea lor, tratarea incompletă, sporadică, se răsfrînge direct asupra sănătății femeii, îi afectează capacitatea de muncă, poate avea implicații asupra vieții de familie.

Prezentarea la medic trebuie să se facă în timp util. Nu trebuie să uităm că sub masca unor sîngerări neglijate, se pot ascunde uneori boli grave. Diagnosticarea cît mai timpurie a unui cancer genital crește enorm șansele de vindecare, scutind femeia de multe suferințe.

vitamina haz

Spune-i doctorului ce te doare, chiar dacă nu ai dureri.

•

Respectînd legile sanitare, pînă şi „Ciinele din Baskerville" îl ţine legat. În piele !

•

O.N.T.-ul ne invită pe Litoral şi iarna. Probabil, pentru băi de soare... cu dinţi.

•

Are un leac infailibil contra fumatului. Pînă acum, cu acesta, s-a lăsat de zece ori definitiv.

•

Oftalmologul nu este cel care vindecă of-urile îndrăgostiţilor.

•

Medicul i-a interzis complet alcoolul la masă. De atunci, el îl bea numai la tejgheaua barului.

Ce este obezul ? Un colecţionar de kilograme.

•

Unele injecţii, la prima impresie, par siugarnice. Intră pe sub pielea omului.

•

Cînd i s-a spus că a făcut hepatită, s-a îngălbenit.

•

Anumite medicamente se iau cu apă, cu ceai sau cu compot. Cînd nu se găsesc, se iau şi cu relaţii.

•

Dacă se încăpăţînează să nu treacă repede, catarul este adevărat cătir.

•

Ca barman de restaurant, ţine mult la igienă De aceea, spală bine cu apă chiar şi vinul.

•

Leneşul ar vrea să lucreze undeva la Poli. Aşa ar putea cere doctorului o scutire medicală, barem de o zi.

V. D. POPA

„umor în buline"

Să nu se repete...

Undeva, într-un sat de munte, o femeie căzuse în letargie. Convinşi că a murit, cei din jur, îndeplinind formele necesare, au pornit-o spre cimitir. În drum, o tufă de mărăcini a atins cu o cracă corpul femeii şi înţepînd-o a făcut ca aceasta să-şi revină din letargie şi să trăiască după aceea mulţi ani. În cele din urmă, dîndu-şi sfîrşitul cu adevărat, fu pornită din nou spre cimitir. Dar cînd cortegiul a ajuns la locul unde altă dată femeia îşi revenise, soţul a strigat celor care purtau sicriul :

— Atenţie ! Nu vă apropiaţi de mărăcini !

sfînta naivitate

Surprinzînd o convorbire telefonică pe care tatăl său o avea cu cineva, un puşti aleargă în bucătărie, la mama sa, spunîndu-i îngrijorat :

— Mamă, cred că trebuie chemat doctorul. Tata nu e sănătos ; vorbeşte la telefon cu un... iepuraş !

deducţie

Doi cetăţeni se întîlnesc pe stradă.

— Ce-i cu tine ? — întreabă unul — pari slăbit !

— E normal ! — răspunde celălalt — mi s-a extirpat un rinichi şi am slăbit cu zece kilograme.

— Extraordinar ! — se minunează primul — n-aş fi crezut niciodată că un rinichi cîntăreşte atît.

unde dai şi unde.....

La ora de chimie, un profesor îşi întreabă elevii :

— Voi ştiţi ce e şoricioaica ?

— Cum să nu, tovarăşe profesor — răspunde unul grăbit —, e femela şoarecelui.

ION VULPESCU

Infecțiile urinare și sarcina

Rinichii unui om sănătos, în condițiile obișnuite de zi cu zi, sînt solicitați doar la o șesime din capacitatea lor. Marile rezerve de care dispunem nu sînt însă un lux pentru organism. În cursul muncilor la temperaturi înalte, în cazul unui climat excesiv de cald, în sarcină, precum și într-o bună parte din boli, rinichiul este suprasolicitat. Datorită acestor mari disponibilități, el își poate însă îndeplini sarcinile mult crescute.

Sînt boli care, de multe ori pe neobservate, ating rinichii, lăsînd sechele care fac ca aceste rezerve funcționale să fie reduse. Printre acestea se numără scarlatina, amigdalitele, infecțiile urinare. Solicitări noi, fără urmări deosebite pentru rinichii unui om sănătos, pot duce la decompensare și insuficiență renală, în aceste cazuri. Crește treptat ureea în sînge. Alte substanțe toxice produse prin arderile ce au loc în organism nu mai sînt, la rîndul lor, eliminate prin urină. Tratamentul insuficienței renale este deosebit de dificil. În cazurile cronice, el devine treptat ineficace.

Infecțiile urinare apar cu frecvență crescută în sarcină. Intervin o serie de condiții particulare, care favorizează infecțiile prin încetinirea scurgerii urinei din rinichi spre vezica urinară, cît și prin înlesnirea trecerii microbilor din intestin, în primul rînd, spre aparatul renal. Constipația, atît de des întîlnită la gravide, se numără și ea printre acești factori. Datorită condițiilor anatomice, rinichiul drept este mai adesea interesat, comparativ cu cel stîng. Infecțiile urinare apar mai ales în ultimele luni de sarcină. Semnul alarmant este de obicei febra însoțită de frisoane (senzație de frig și tremurături), care apar brusc și pot precede cu cîteva zile tulburările urinare. Gravida prezintă stare de rău, cefalee. Limba încărcată, lipsa poftei de mîncare, uneori grețurile și vărsăturile, precum și constipația sau diareea se numără printre semnele adesea întîlnite.

Apar dureri ale șalelor (lombelor) în dreptul rinichiului suferind, a cărui palpare este de regulă viu dureroasă.

Bolnavele urinează foarte frecvent și nu numai ziua, ci și în cursul nopții. Prezintă jenă și usturimi la urinat. Alteori, cînd infecția a prins mai ales vezica urinară, apare nevoia intensă de a urina repetat, fără ca bolnava să elimine, de fiecare dată, mai mult de cîteva picături.

Este necesar însă, să facem precizarea că modificările urinare, cînd se limitează doar la nevoia simplă de a urina frecvent, pot fi normale, mai ales la începutul și la sfîrșitul sarcinii. Vezica urinară suferă apăsarea uterului purtător de sarcină, își pierde din capacitatea sa de rezervor al urinei și nevoia de a se goli apare la intervale mai scurte de timp.

În infecțiile urinare însă, se modifică aspectul urinelor. În primele zile acestea sînt tulburi și în cantitate redusă. Stringînd urina pentru analiză, constatăm pe fundul borcanului un strat gros de depozit albicios. Examenul de laborator ne va indica creșterea mare a numărului de globule albe în sînge. Există un grad de anemie trădată, dealtfel, prin paloarea bolnavei. Un foarte mare număr de globule albe sînt eliminate prin urină. Tot prin examene de laborator putem stabili microbul care a produs infecția și la ce antibiotice este el sensibil.

Dacă infecția urinară este tratată la timp și corect, se vindecă, de regulă, în 7—10 zile ; netratată, tratată incorect sau dacă microbii sînt rezistenți la antibioticele folosite, infecția se poate prelungi. Din timp în timp, reapar în puseuri febra, frisoanele, iar urinele redevin tulburi. Chiar după o primă vindecare, după un număr de săptămîni sau luni, uneori chiar în afara sarcinii, pot apărea recidive.

Litiaza renală (piatra la rinichi), pînă atunci necunoscută, unele conformații anormale ale rinichilor sau căilor urinare, pot favoriza, la rîndul lor, cronicizarea infecției renale sau apariția recidivelor.

Sînt cazuri în care infecția cronică cuprinde rinichiul în întregime, elementele acestuia care contribuie la formarea urinei (glomerulii și tubii) fiind distruse treptat și înlocuite cu țesut cicatriceal, de scleroză. Rezultatul, după un număr va-

riabil de luni sau ani, este insuficiența renală. Aceasta este o evoluție, din fericire, din ce în ce mai rară, datorită tratamentului și urmăririi corecte a gravidelor bolnave.

Pe lîngă răsunetul asupra rinichilor, cu consecințe — după cum am văzut — uneori deosebit de serioase, infecțiile urinare pot influența și bunul mers al sarcinii. Formele grave pot duce la nașterea prematură a unui copil, care, cu siguranță, se va dezvolta mai dificil decît un nounăscut la termen. În cazurile severe, sarcina poate fi definitiv compromisă, femeia avortînd sau dînd naștere unui copil mort.

Una din modalitățile de prevenire a infecțiilor urinare este evitarea constipației, adeseori întîlnită în ultimele luni de sarcină. Pentru aceasta vom recurge la laxative ușoare, cum sînt : Galcorinul, uleiul de parafină, Laxatinul, Sintolaxul. Purgativele puternice sînt cu totul contraindicate în timpul sarcinii. Adesea însă, chiar înainte de a recurge la laxative, sînt suficiente măsuri mult mai fiziologice pentru regularizarea scaunului : consum de compoturi de fructe cu pulpă bogată, mai ales prune, cîte o lingură de miere dimineața pe nemîncate, utilizarea de supozitoare cu glicerină, respectarea unui orar al scaunului.

În fața oricărei stări febrile asociate cu tulburări urinare, chiar ușoare, gravida trebuie să se adreseze imediat medicului. Diagnosticul corect al infecției urinare nu poate fi stabilit decît cu ajutorul laboratorului, efectuînd analiza sîngelui, a urinei, dar și uroculturi (cultivarea microbului cauzator al bolii din urina bolnavei).

Tratamentul presupune repausul obligatoriu la pat. Regimul alimentar trebuie să fie bogat în lichide (ceaiuri, compoturi, sucuri), alimente proaspete, ușor digerabile, fără adaos de sare.

Pentru calmarea contracțiilor uterine ce pot fi produse, în primul rînd de febra mare, se administrează Papaverină, Lizadon, Scobutil etc. La sfatul medicului se vor administra sulfamide și antibiotice. Subliniem faptul că la administrarea acestora din urmă se va ține seama că o bună parte din ele sînt dăunătoare pentru făt. Stabilirea antibioticului activ se face, după cum am menționat, în urma efectuării uroculturii.

Controlul de laborator periodic al urinei este obligatoriu în tot cursul sarcinii, chiar dacă infecția nu se mai repetă.

În cazul unor infecții care răspund greu la tratament, recidivează sau se cronicizează, la 2—3 luni după naștere sînt necesare examene urologice de finețe și efectuarea obligatoriu a urografiei (tehnică specială de radiografie renală în care sînt făcute vizibile și căile urinare).

Pentru a evita surpriza neplăcută a unei atingeri renale cronice, care adesea nu se trădează decît în faze avasate, în care posibilitățile de tratament sînt foarte reduse, examinarea atentă și completă a rinichilor într-un serviciu de boli interne, la cîteva luni de la naștere, este totdeauna necesară la femeile care au prezentat infecții urinare în cursul sarcinii.

Dr. N. Crișan

Clinica de obstetrică-ginecologie
Spitalul „23 August"

Tumorile mamare

Prof. dr. doc. **I. Chiricuță**, **Institutul oncologic, Cluj-Napoca**

Sînii, avînd calitatea de receptori hormonali, se află în strînsă legătură cu echilibrul hormonal al femeii, atît în ceea ce privește dezvoltarea, cît și patologia lor.

Astăzi știm că o multitudine de hormoni au influență asupra glandei mamare, dintre care cei mai importanți sînt : hormonul mamotrop hipofizar, hormonii ovarieni (foliculina și progesteronul), precum și hormonul tiroidian, care joacă un rol important în dezvoltarea și patologia mamară.

Dereglarea echilibrului hormonal poate declanșa suferințe mamare, cum ar fi : nedezvoltarea sau dezvoltarea în exces a sînilor, apariția unor boli distrofice ca mastoza chistică, chistul solitar al sînului, mastodinia (durerile sînului), adenomatoza mamară și chiar cancerul sînului.

Utilizarea hormonilor în exces (în special foliculina) poate induce suferințe grave ale glandei mamare.

De multe ori, o sarcină urmată de alăptarea normală la sîn este cel mai indicat tratament pentru combaterea unei mastoze chistice. Statistic, se constată o frecvență crescută a cancerului mamar la femeile care nu au avut sarcini ; de asemenea, prima sarcină avută la o vîrstă tînără conferă un grad de protecție împotriva apariției cancerului mamar.

Tot statistic, s-a putut observa că majoritatea afecțiunilor mamare de interes oncologic apar în preajma și după instalarea menopauzei, fenomen ce se explică prin amplele modificări endocrine survenite în această perioadă critică a femeii.

Dar nu orice tumoare palpată la sîn este de natură canceroasă, după cum în spatele oricărei tumori mamare, mai ales după vîrsta de 30—35 de ani, se poate ascunde un cancer.

Pentru a diferenția și a preciza natura unei tumori mamare, pe lîngă examenul clinic există astăzi o gamă întreagă de explorări paraclinice, dintre care cele mai importante sînt : mamografia, termografia, puncția biopsică și biopsia.

Aceste explorări au deosebită utilitate practică, însă indispensabilă precizării diagnosticului rămîne biopsia, adică examinarea la microscop a structurii histologice. Numai examenul histologic poate preciza dacă sîntem în fața unei tumori benigne sau maligne.

Cancerul de sîn evoluează încet ; de la primele celule maligne și pînă ce tumoarea ajunge la 1,5—2 cm pot să treacă 2 pînă la 8 ani.

Dacă femeile s-ar obișnui să-și palpeze singure sînii, ele ar contribui substanțial la depistarea precoce a unui cancer mamar, ceea ce ar permite instaurarea tratamentului în fazele incipiente ale bolii, cînd vindecarea definitivă atinge un procent de 90. Iată de ce printre măsurile pe care femeia trebuie să le ia pentru apărarea propriei sănătăți, autopalparea sînilor devine obligatorie. Dar autocontrolul palpator al sînilor nu se va face dezordonat și la întîmplare ; el trebuie învățat metodic, respectînd tehnica. Sînul se palpează ușor, cu fața palmară a întregii mîini și nu numai cu vîrful degetelor, gest care este total greșit, putînd induce în eroare. Se împarte sînul în multiple sectoare, palpîndu-se cu mare atenție fiecare sector în parte (vezi desenele).

Este suficient dacă odată la 1—2 luni, femeia va proceda la efectuarea acestui control timp de 10 minute. El se va face în fața oglinzii, urmărindu-se dacă sînul nu este deformat (retracția pielii) sau dacă mamelonul nu este ulcerat sau retractat ; orice scurgere anormală prin mamelon trebuie semnalată medicului.

Obligatoriu se vor examina și axilele, orice ganglion palpat impunînd un control medical de specialitate.

În eventualitatea apariției unei tumori maligne, spaima de mutilare nu este justificată, deoarece pentru cancerele mici cu diametrul sub 2 cm (stabilit mamografic), astăzi se fac operații economice (extirparea tumorii cu sectorul de glandă vecin), care păstrează sînul.

În Institutul oncologic din Cluj-Napoca, în ultimii ani s-a instituit un studiu în colaborare cu Institutul oncologic Gustave-Roussy din Paris asupra indicațiilor și rezultatelor obținute prin tratamentul nemutilant al cancerului mamar.

Desigur că, postoperator, radioterapia este obligatorie, atunci cînd s-a practicat o chirurgie nemutilantă.

Ar fi însă o mare greșeală, care ar putea să prejudicieze viața bolnavelor, dacă se va aplica simpla extirpare a sectorului tumoral în cazul tumorilor mai mari de 2 cm diametru sau al tumorilor aflate în puseu evolutiv de creștere (așa-numitul PEV al profesorului Denoix).

Cunoscînd, așadar, din suferințele glandei mamare, se impune ca orice femeie să ia măsuri profilactice energice, înlocuind teama de cancer cu teama de a descoperi tîrziu boala.

VIRUSURILE ȘI CANCERUL

Dr. G. SIMU
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

În ultimii ani numeroși cercetători cu multă experiență în domeniul cancerului și-au intensificat eforturile spre a demonstra că cel puțin unele tumori canceroase ale omului ar fi produse de virusuri, așa cum se întîmplă în cazul a numeroase tumori ale animalelor. De fapt se încearcă, cu ajutorul metodelor ultramoderne și extrem de delicate ale biologiei moleculare, soluționarea unei probleme care preocupă oamenii de știință încă de la începutul secolului nostru.

Într-adevăr, succesele obținute de Pasteur și elevii săi, printre care Babeș și Cantacuzino, în prevenirea și tratarea bolilor infecțioase în urma descoperirii naturii lor microbiene, i-au îndemnat pe acești savanți ai omenirii să încerce descoperirea unor microbi responsabili de producerea cancerului, care încă de pe atunci tindea să devină o boală cu extindere considerabilă. În mai multe împrejurări, din tumorile canceroase s-au izolat diferiți microbi, considerați un timp producători ai bolii, dar dovediți pînă la urmă ca oaspeți accidentali ai acestor tumori. O greșeală extrem de cunoscută a fost aceea a marelui parazitolog danez Fibiger, căruia în 1926 i s-a decernat Premiul Nobel pentru medicină, deoarece, în mod eronat, demonstrase că tumorile canceroase gastrice ale șobolanilor ar fi produse de un microorganism, *Spiroptera neoplastica*, care, de fapt, infectează țesutul tumoral deja existent.

În problema cauzei cancerului, o cale nouă și interesantă a constituit-o studiul virusurilor filtrabile — microorganisme invizibile la microscop, care traversează filtrele ce reține bacteriile sau microbii obișnuiți. Ele nu pot fi cultivate pe medii de cultură obișnuite, ci numai pe culturile de țesuturi, deoarece gradul lor înalt de parazitism nu le permite să se înmulțească decît în interiorul celulelor vii. Ele produc o serie de boli infecțioase, uneori foarte grave, cum sînt : turbarea, paralizia infantilă, gripa, variola, varicela, pojarul, oreionul etc. Înmulțirea celulară pe care aceste virusuri o produc în unele țesuturi infectate, cum ar fi pielea în variolă, asemănătoare celei întîlnite în cursul apariției cancerului, l-a determinat pe Borell să presupună natura virală a tumorilor maligne încă în anul 1902. Curînd, în 1908, s-a putut demonstra, de data aceasta în mod convingător, că leucemia, un fel de cancer sanguin, este produsă la găini de un virus. În 1911, Peyton Rous dovedește natura virală a unui alt cancer al găinilor — sarcomul —, iar pînă în 1945 s-a demonstrat aceeași natură în peste 30 de tumori ale broaștelor, păsărilor sau mamiferelor.

Începînd de la această dată, s-a susținut că tumorile sînt produse în general de virusuri și în acest sens s-au demonstrat, în unele tumori, structuri moleculare care nu existau în țesuturile normale respective și care ar reprezenta virusul. De asemenea, s-a arătat că unele virusuri produc, în funcție de specia animală infectată, boli infecțioase obișnuite sau tumori. De exemplu, adenovirùsurile, care la om produc infecții banale ale căilor respiratorii superioare, cu mărirea trecătoare în volum a ganglionilor, produc cancer pulmonar la rozătoare.

Studiile asupra rolului virusurilor în producerea cancerului au cunoscut un deosebit avînt după 1950, cînd în cercetare au început să fie aplicate metodele biologice moleculare, metode care pun în evidență structura moleculară a diferitelor substanțe organice. Datorită acestor metode, a fost descoperită, în special de către Watson și Crick sau Jacob și Monod, structura moleculară a principalelor componente ale celulelor vii, în special a acizilor nucleici responsabili de transmiterea caracterelor ereditare și a proteinelor care constituie partea importantă a enzimelor sau a altor componente celulare, ca și modul în care se face sinteza acestor structuri.

Pînă în prezent s-au putut pune în evidență aproximativ 150 de virusuri capabile să producă tumori la animale, numite virusuri oncogene și există serioase suspiciuni că cel puțin cîteva forme de cancer uman ar avea aceeași cauză. Există însă unii cercetători care cred că toate cancerele ar fi produse de astfel de virusuri, prin mecanisme de infecție și acțiune cu totul diferite de cele întîlnite în bolile infecțioase, ceea ce explică și faptul că tumorile canceroase nu sînt contagioase. Ca și la celelalte virusuri, corpul virusurilor oncogene, numit *virion*, este format dintr-o porțiune centrală de acid nucleic, înconjurată de un înveliș proteic numit *capsi-*

dă. În funcție de natura acidului nucleic, ele se împart în virusuri ADN, formate din acid dezoxiribonucleic și virusuri ARN, formate din acid ribonucleic.

Virusurile formate din ADN, acidul nucleic responsabil de transmiterea caracterelor ereditare și care declanșează sinteza proteinelor, reprezintă cam o treime din virusurile oncogene. Spre deosebire de infecțiile obișnuite, în cursul cărora virusul se înmulțește producînd moartea celulelor infectate, în anumite cazuri virusul nu se poate multiplica, dar se integrează în acidul nucleic al celulei respective, numit *genom*, datorită proprietății sale de a transmite caracterele ereditare. Prin aceasta celula normală este transformată în celulă canceroasă, declanșîndu-se apariția cancerului, însă virusul integrat în genom nu mai poate fi izolat din tumoare.

Există două grupuri de virusuri ADN oncogene : *virusurile papova* și *virusurile herpetiforme*. Din grupul papova face parte virusul papilomului infecțios, care produce papiloamele sau negii de pe pielea oamenilor, în special de pe mîinile copiilor, negi care se înmulțesc văzînd cu ochii, dar nu prezintă pericol, nefiind tumori canceroase, ci tumori benigne. De asemenea, se mai poate menționa *virusul polioma*, care produce diferite forme de cancer la rozătoare și *virusul simian vacuolizant* (SV40), care interesează maimuțele. Așa după cum s-a mai arătat, adenovirusurile, responsabile de infecții respiratorii la om, produc cancer la rozătoare.

Virusurile herpetiforme sînt asemănătoare cu virusul care produce herpesul la om. Ele produc cancerul renal al broaștelor și tumori ganglionare canceroase la găini, veverițe sau maimuțe. Un virus herpetiform de tip special, numit virusul Epstein-Barr a fost izolat constant din limfomul Burkitt, cea mai răspîndită tumoare canceroasă a copiilor din țările ecuatoriale. În țările temperate, el produce o boală infecțioasă trecătoare — limfomononucleoza —, caracterizată prin febră, angină și umflarea ganglionilor. Există puternice argumente care demonstrează că acest virus este responsabil de producerea limfomului Burkitt la copiii din țările ecuatoriale cu organismul slăbit de tot felul de infecții și paraziți (în special malarie), el fiind primul virus care în mod aproape sigur produce cancerul atunci cînd întîlnește anumite condiții prielnice. Erupțiile herpetice repetate la nivelul organelor genitale ale femeilor care se îmbolnăvesc de cancer al colului uterin au sugerat, în ultimul timp, ideea că virusul herpesului genital ar produce cel puțin una din aceste forme de cancer.

Referitor la virusurile ARN, ele pătrund, de asemenea, în nucleul celulelor și cu ajutorul unei enzime — ADN-polimeraza ARN-dependentă sau revers-transcriptaza — își formează ADN care le lipsește în mod normal, se integrează în genomul celulei și la un anumit moment produce transformarea canceroasă a celulelor. Ele produc sarcomul Rous și leucemiile găinilor, leucemiile rozătoarelor, pisicilor și bovinelor, transmițîndu-se de la părinți la descendenți (transmisie verticală). În cazul unor astfel de virusuri care produc cancer mamar la șoarece, infecția se transmite prin lapte.

Plecînd de la acest aspect, s-a presupus că și cancerul femeii ar fi urmarea unei astfel de infecții transmise de la mamă la fiică. În acest sens, se citează incidența mai mare a cancerului mamar în anumite familii, punîndu-se în evidență virioni în laptele femeilor respective. Problema este încă în studiu. De asemenea, există argumente în sensul că unele leucemii acute umane ar fi de natură virală. În legătură cu aceste observații, se consideră că multe tumori umane ar fi cauzate posibil de virusuri. Infecția cu un virus oncogen nici nu este necesară, deoarece genomul tuturor celulelor conține porțiuni de ADN capabile să se separe sub formă de virus oncogen, avînd deci — după cum se pare — o origine endogenă. După afirmațiile lui Huebner și ale lui Todaro, aceasta ar fi urmarea unei infecții cu virus întîmplată cu milioane de ani înainte ; virusul se intercalează în genomul celulei, formînd o structură numită oncogen, se reproduce de nenumărate ori împreună cu acesta în cursul diviziunilor celulare, pînă cînd, sub acțiunea unor factori externi și interni, se activează și produce cancerul. După Temin, infecția ancestrală nu este necesară, întrucît ADN conține toate structurile necesare, sub formă de virusuri primitive sau protovirusuri, care sub acțiunea unor factori pot să dea naștere unui virus oncogen. Substanțele chimice sau radiațiile, considerate astăzi ca producătoare de cancer sau factori cancerigeni, ar acționa deci prin activarea virusurilor oncogene.

Rezultă deci că deși există suspiciuni serioase ca cel puțin unele forme de cancer uman să fie produse de virusuri, modul de infecție este cu totul diferit de cel întîlnit în bolile contagioase, fapt demonstrat de lipsa de contagiozitate a cancerului.

În multe cazuri, virusul integrat în genom nici nu mai poate fi izolat, după apariția bolii. În schimb, orice progres în acest domeniu va duce la punerea la punct a unor metode eficace de prevenire și tratament al tumorilor canceroase produse de virusuri.

Medicii veterinari, inclusiv cei din țara noastră, au obținut mari succese prin vaccinarea animalelor domestice împotriva unor astfel de tumori, determinînd uneori chiar dispariția lor, după cum au dispărut unele boli infecțioase obișnuite în urma vaccinărilor. Aceste perspective optimiste justifică marile eforturi ce se depun în lumea întreagă pentru lămurirea raporturilor care există între virusuri și cancer.

cancerul de laringe

Prof. dr. Dănilă Cincă
Șeful Clinicii O.R.L., „Colțea"

În sfera bolilor O.R.L., cancerul de laringe ocupă un loc foarte important, asemănător ca frecvență cu cel localizat la nivelul altor aparate, cum sînt : bronhiile, plămînii, stomacul, intestinul.

Incidența acestor tumori a cunoscut în ultima perioadă de timp un gradient din ce în ce mai larg. Avînd însemnate implicații sociale privind recuperarea și reîncadrarea bolnavilor în societate, profilaxia și diagnosticul acestei boli joacă un rol preponderent.

Statisticile celor mai reputate servicii de O.R.L. din țară și străinătate confirmă acest lucru. O evaluare a ultimelor cercetări pledează pentru frecvența tot mai mare a acestei forme de neoplasm în comparație cu celelalte localizări. Astfel, în perioada unui singur an, autorii francezi au comunicat un număr de 7 207 cancere localizate la laringe și cavitatea bucofaringiană în comparație cu 8 782 cancere bronhopulmonare, 6 831 cancere de prostată, 5 386 cancere ale intestinului.

Cancerul de laringe se întîlnește într-un procentaj mai crescut la bărbați comparativ cu cel întîlnit la femei, și aceasta se explică prin abuzul de tutun și alcool, asociate și cu o igienă proastă a cavității bucale și a dinților.

Profesorul Jousto Alonso din Montevideo aduce un argument irefutabil în ceea ce privește nocivitatea abuzului de tutun, făcînd un studiu comparativ la femeile și bărbații din regiunea plantațiilor de tutun din America Latină, unde a găsit un procentaj egal de cancer de laringe la ambele sexe.

În apariția cancerului de laringe, pe lîngă acești factori favorizanți, un rol important îl joacă și așa-zisele stări precanceroase, cum sînt : laringitele acute și cronice prost tratate, unele tumori benigne ale laringelui, traumatismele.

În adoptarea unei conduite terapeutice cît mai judicioase în cancerul de laringe, trebuie să avem permanent în vedere faptul că această formă de cancer (ca și alte tumori canceroase) este curabilă (vindecabilă), cu condiția unei depistări precoce. Pentru aceasta este necesară o educație oncologică susținută atît a populației, cît și a personalului medico-sanitar.

Bolnavii trebuie să știe că orice răgușeală, orice senzație de arsură la nivelul faringelui și laringelui, orice jenă respiratorie constituie semne revelatorii ale unor tumori situate la nivelul laringelui.

În asemenea situații, un examen de specialitate devine absolut necesar și asigură precizarea unui diagnostic precoce și a unui tratament eficient.

Cancerul de laringe poate îmbrăca forme clinice multiple, în funcție de localizarea, structura anatomopatologică și stadiul evoluției. Avînd în vedere localizarea tumorii, este bine să știm că, în general, acesta se poate manifesta sub trei aspecte.

După cum se știe, laringele are trei segmente suprapuse : un segment superior denumit și spațiul supraglotic, un segment mijlociu, glotic și unul inferior, subglotic. Dacă tumoarea se localizează în spațiul glotic, adică la nivelul corzilor vocale, bolnavul acuză disfonie, răgușeală, ceea ce îl determină să consulte medicul specialist.

Dacă însă tumoarea este situată în spațiul supraglotic, vocea rămîne mult timp nemodificată, bolnavul acuzînd o ușoară jenă la înghițire și dureri la deglutiție. Această localizare a neoplasmului de laringe este foarte periculoasă, deoarece are o evoluție insidioasă și, fiind situat într-o zonă cu vase limfatice bogate, provoacă metastaze ganglionare.

În ceea ce privește cancerul localizat în spațiul subglotic, acesta provoacă de la început jenă respiratorie și obligă pe bolnav să apeleze la specialistul O.R.L.

În tratamentul cancerului de laringe va trebui să ținem seama de aspectul profilactic, recomandînd bolnavilor care prezintă diferite boli benigne la nivelul laringelui să urmeze cu regularitate tratamentele prescrise, să renunțe la consumul de tutun, alcool și să reducă eforturile vocale.

Cancerul de laringe odată instalat, există suficiente mijloace de tratament ale căror rezultate vor fi cu atît mai bune, cu cît diagnosticul a fost mai precoce.

Tehnicile folosite în tratamentul chirurgical sînt parțiale și totale.

Cele parțiale, cum este laringectomia de tip vertical (fronto-laterală) sau de tip orizontal (supraglotică), nu se pot aplica decît atunci cînd bolnavul s-a prezentat în stadiile incipiente ale bolii.

Pentru conservarea funcției fonatorii sînt preferabile tehnicile parțiale.

În stadiile mai avansate, cînd tumoarea s-a extins mai mult, se practică tehnica totală, cu extirparea laringelui în întregime, urmată de roentgen- sau cobaltoterapie. În acest caz, singurul dezavantaj îl constituie faptul că bolnavul rămîne cu dificultăți de limbaj.

În condițiile actuale însă, reeducarea funcțională vocală a laringectomizaților, efectuată în centre specializate, asigură o reabilitare vocală satisfăcătoare, bolnavii putînd fi recuperați din punct de vedere social.

În acest sens există aparate electronice (laringofoane), care pot ajuta pe bolnavii cu dificultăți mai mari în formarea limbajului.

Reținem, așadar, că neoplasmul laringian poate fi tratat cu bune rezultate, cu condiția de a se acționa prompt, în stadii cît mai puțin avansate. Necesitatea unor controale periodice ale bolnavilor care acuză diverse tulburări în sfera laringelui se impune, deoarece aceste forme de cancer pot evolua uneori foarte insidios, cu o simptomatologie banală și care poate induce în eroare.

Dr. C. D. Olinici
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

CANCERUL și factorii de mediu

Cancerul reprezintă una din problemele majore cu care este confruntată lumea modernă. În anii 1971—1972, cancerul reprezenta a doua cauză de deces în Europa și America. În țara noastră, cancerul reprezintă, cu o pondere de 13% din totalul deceselor, a doua cauză a mortalității după bolile cardiovasculare și cele ale aparatului respirator.

Datele furnizate de studiile epidemiologice și de medicina muncii, precum și cele obținute cu ajutorul cercetărilor experimentale, au demonstrat că 80—90% din cancerele umane sînt determinate de factorii de mediu, majoritatea lor produși de om și deci pot fi înlăturați tot de către oameni. Sarcina de a depista potențialul cancerigen al unor substanțe, de a găsi înlocuitori adecvați sau de a stabili limitele nenocive ale concentrației lor este însă extrem de dificilă, dacă ținem seama că anual se sintetizează aproximativ 200 000 de substanțe chimice noi, cu utilizări dintre cele mai diferite, de la îngrășăminte chimice, pînă la adezivi pentru rujurile de buze și conservante alimentare.

Pe de altă parte, faptul că nu toate persoanele dintr-o colectivitate expusă unei noxe cancerigene dezvoltă tumori ridică problema unei anumite sensibilități indivi-

duale. Testarea acestei sensibilități ar avea, desigur, o valoare deosebită, permițînd scoaterea persoanelor susceptibile din mediul cancerigen. Din nefericire însă, eficiența metodelor de testare imaginate pînă în prezent este limitată.

Cancerul ocupațional

Deși reprezintă numai o mică parte din cancerele cauzate de factorii de mediu, cancerele ocupaționale au fost studiate în mod preferențial din următoarele motive : populația expusă riscului poate fi identificată cu ușurință ; asocierea dintre agentul cancerigen și apariția bolii poate fi constatată, de asemenea, cu ușurință. Exemplele cele mai cunoscute de cancere industriale sînt :

— cancerele cutanate determinate de : arsen, produșii de distilare și combustie ai cărbunelui și țițeiului (funingine, gudroane, smoală și uleiuri minerale), razele X, substanțele radioactive și razele ultraviolete :

— cancerele căilor respiratorii și ale plămînilor, produse de nichel, crom, azbest, iperită, gudroane și uleiuri minerale, eter diclormetilic și pulberi radioactive ;

— cancerele pleurale și peritoneale, datorate prafului de azbest ;

— cancerele vezicii urinare, determinate de absorbția ß-naftilaminei și a benzidinei ;

— leucemiile, determinate de benzen, raze X și substanțe radioactive ;

— sarcoamele mandibulei, produse de substanțe radioactive ;

— sarcoamele ficatului, produse de clorura de vinil.

Odată ce cauza unui cancer ocupațional a fost descoperită, este posibilă, în general, instituirea unor măsuri preventive eficace, constînd fie în eliminarea factorului cancerigen, fie — dacă acest lucru nu este posibil — în modificarea procesului tehnologic, astfel încît expunerea personalului să fie evitată. Situația este însă mai complicată, deoarece acțiunea cancerigenă a unor substanțe chimice se poate manifesta numai după o perioadă îndelungată (uneori chiar decenii). De asemenea, între factorii cancerigeni industriali și cei din mediul obișnuit de viață se pot stabili legături complexe : astfel, expunerea profesională la azbest face ca riscul cancerelor pulmonare să crească de mai multe ori la fumători.

Cancerul determinat de factorii de mediu neprofesionali

Domeniul cancerelor cauzate de factorii de mediu neocupaționali este extrem de vast și încă insuficient explorat. Principalii factori incriminați în producerea cancerelor umane sînt :

Factorii legați de anumite obiceiuri. Cel mai important factor din această categorie este reprezentat de fumat, a cărui legătură cu cancerul pulmonar este în prezent bine documentată. La populația din Peru și Sardinia, care practică obiceiul ciudat de a fuma țigările cu capătul aprins în gură, se observă o frecvență mare a cancerului bucal. Cancere cu aceeași localizare, bucală, sînt cauzate de mestecatul nucii de betel, obicei practicat de unii locuitori din sudul Indiei. La locuitorii din regiunile muntoase ale Kașmirului, care pentru a se încălzi poartă sub îmbrăcăminte un vas cu cărbuni aprinși, este foarte frecvent cancerul pielii abdominale. În sfîrșit, cancerul colului uterin este întîlnit cu o frecvență mare la grupele de populație cu o igienă sexuală deficitară.

Factorii dietetici. Importanța factorilor dietetici este considerabilă. Ea se realizează atît prin intermediul raportului dintre diferitele principii alimentare (proteine, glucide, lipide), cît și prin intermediul contaminanților naturali sau al aditivelor introduse artificial. Cîteva exemple sînt edificatoare în acest sens. Incidența cancerului intestinului gros, al sînului, al pancreasului și al rinichiului este mult mai mare în S.U.A. decît în Japonia. Întrucît ambele țări au un grad înalt de industrializare, problemele poluării sînt similare. Nici chiar factorii rasiali nu par să joace un rol deosebit, deoarece japonezii emigrați în S.U.A. tind să prezinte o frecvență asemănătoare cu a populației din țara gazdă. Există însă deosebiri importante între dieta americană și cea japoneză, elementul cheie fiind reprezentat de procentul mult mai mare de grăsimi (40—45%) prezent în alimentația americanilor decît în alimentația orientalilor (15—20%).

Nitrozaminele, care pot fi sintetizate în condiții naturale pornind de la nitriți și amine secundare, au fost incriminate ca un factor potențial în producerea cancerului gastric uman. Nitrații sînt utilizați în agricultură (fertilizatori), în industria alimentară (conservanți) și pot contamina hrana și apa. Se pare că incidența mare a cancerului gastric în emisfera nordică se datorește utilizării nitraților pentru conservarea cărnii. În S.U.A., unde refrigerarea a înlocuit treptat conservarea cu nitrați, s-a constatat un declin marcat al frecvenței cancerului gastric.

Aflatoxina, un produs al ciupercii *Aspergillus flavus*, este un cancerigen care se face răspunzător de frecvența mare a cancerului ficatului în unele țări africane. Unele aditive alimentare (conservante, emulsificatori, coloranți, substanțe folosite pentru îndulcire) s-au dovedit — în urma cercetărilor efectuate — a fi cancerigene ; din acest motiv, ciclamatul și dulcina au fost scoase din uz.

Poluarea atmosferică și poluarea apei. Deoarece frecvența cancerului pulmonar este mai mare în țările industrializate decît în cele neindustrializate și în regiunile urbane decît în cele rurale, s-a sugerat că poluarea aerului, datorită fumului degajat de coșuri și gazelor de eșapament, ar interveni în producerea acestei boli. Se pare însă că poluarea aerului joacă, în comparație cu fumatul, un rol minor în etiologia cancerului pulmonar, cauzînd însă alte boli respiratorii, cum ar fi : bronșita cronică și emfizemul.

Există puține date asupra rolului poluării apei cu cantități mici de azbest, derivați ai petrolului, compuși fenolici și substanțe anorganice. Oricum, asigurarea purității apei ar evita posibile interacțiuni între factorii cancerigeni și asemenea impurități, la care sîntem expuși de la naștere.

Pornind de la constatarea că supraviețuitorii exploziei atomice de la Hiroșima prezintă o frecvență mare a leucemiilor acute, se poate presupune că și alte surse radioactive (radiații atmosferice datorite experiențelor nucleare și a accidentelor de la reactoarele atomice, explorări medicale) ar putea reprezenta cauze ale leucemiilor umane.

Măsuri de profilaxie

Cercetările care vizează reducerea frecvenței cancerului produs de factorii de mediu se desfășoară atît în direcția depistării potențialului oncogen al substanțelor chimice, cît și în direcția determinării susceptibilității (sensibilității) individuale. Detectarea proprietăților cancerigene ale substanțelor din mediu se efectuează cu ajutorul unor metode complexe, care implică experiență pe animale de laborator, microorganisme (bacterii, levuri sau fungi) sau care evidențiază efectul acestor substanțe asupra aparatului genetic al celulelor (cromozomii). Posibilitățile de a testa sensibilitatea anumitor persoane față de agenții cancerigeni (și, implicit, necesitatea ca aceste persoane să evite profesiunile cu risc de expunere la agenți cancerigeni) sînt încă limitate. Se știe, totuși, că persoanele cu anomalii ale cromozomilor sexuali (sindromul Turner, sindromul Klinefelter) sau autozomali (sindromul Down) prezintă o incidență crescută a cancerelor și a leucemiilor. O altă grupă de persoane care sînt adesea victimele tumorilor maligne și ale leucemiilor o reprezintă bolnavii cu sindroame de „fragilitate cromozomială" (anemia Fanconi, sindromul Bloom, ataxia-telangiectazia). Aceste afecțiuni se caracterizează prin prezența, în mod spontan, a unui nivel crescut al anomaliilor cromozomiale și s-a sugerat că această „instabilitate cromozomială" ar conferi celulei o susceptibilitate crescută la acțiunea factorilor de mediu.

Viața omului se desfășoară însă într-un mediu extrem de complex, caracterizat prin prezența simultană a unui număr mare de agenți chimici, fizici și virusali, care pot avea o acțiune cumulativă sau de potențare, dar — în majoritatea cazurilor — efectul acestora este imprevizibil. Acest fapt subliniază dificultatea problemelor cu care este confruntată cercetarea oncologică modernă. Dar imensele forțe angajate în acest domeniu, precum și sensibilizarea opiniei publice, permit însă adoptarea unei atitudini optimiste, vizînd prevenirea cancerului încă înainte de a se ajunge la descoperirea unor posibilități eficiente de tratament.

profesorul *Dr. Iacob Iacobovici*, participant activ al vieții medicale din țara noastră

Una din figurile proeminente, personalitate complexă și interesantă a intelectualității românești din prima jumătate a secolului al XX-lea, care a dat un profund conținut cercetării științifice și a urmărit ca aceasta să ducă la rezolvarea unor probleme practice ale ocrotirii sănătății populației, a fost profesorul dr. Iacob Iacobovici, reprezentant de frunte al școlii medicale românești, el însuși numărîndu-se printre marii întemeietori ai școlii românești de chirurgie.

Născut la 29 noiembrie 1879 în comuna Costești, județul Botoșani, dintr-o familie modestă, la absolvirea liceului „Laurian" din orașul Botoșani urmează cursurile Facultății de medicină din București.

În anul 1901 trece concursul de externat al Eforiei spitalelor civile din București, iar în anul următor reușește primul la concursul de internat, fiind repartizat pe lîngă Catedra de anatomie de la Spitalul „Brîncovenesc".

În calitate de student concurează și reușește să cîștige titlul de laureat al premiului „Hillel" pentru lucrarea „Cauzele mortalității primei copilării în România și mijloacele de a o combate". „În ziua cînd am primit acest premiu — nu se sfiește să mărturisească —, tălpile ghetelor îmi erau găurite și fiind vară, asfaltul fierbinte îmi ardea picioarele".

Un nou succes al său a fost acela cînd, reușind primul la concursul de medic secundar, este repartizat la Clinica a II-a chirurgicală, condusă de prof. Toma Ionescu de la Spitalul „Colțea", căruia îi va păstra o permanentă admirație și recunoștință. „Prețuiți munca predecesorilor, pentru ca și urmașii voștri să vă respecte" — așa se exprima el în fața studenților săi.

În 1919, cînd se pune problema organizării Universității românești din Cluj, de refacere a acesteia după dezastrul provocat de război, doctorul Iacobovici este numit aici ca profesor la Facultatea de medicină, dînd dovadă de reale calități didactice. Expunerile sale atrăgătoare erau de o probitate științifică desăvîrșită, bazîndu-se, în principal, pe cazuri clinice. Datorită calităților sale, curînd urcă toate treptele ierarhiei didactice, ajungînd decan al facultății și rector al Universității clujene, în care calitate a avut o mare contribuție organizatorică.

O serie de savanți străini, printre care și chirurgul francez Jean Louis Faure, vizitînd clinica condusă de prof. Iacobovici, au scris impresiile în cartea memorială: „Am venit și am vizitat frumosul serviciu al profesorului Iacobovici. Am avut norocul să-l văd operînd și țin să arăt aici, pentru că acesta este adevărul, că rar am văzut o operație practicată cu atîta ușurință, precizie, rapiditate și perfecțiune tehnică".

Profesorul Iacobovici a desfășurat la Cluj o activitate prodigioasă, organizînd cu multă răbdare, perseverență și competență cea mai rodnică școală chirurgicală din acea vreme, care a dat numeroși chirurgi de prestigiu. Faima școlii chirurgicale de la Cluj a depășit foarte repede granițele țării, impunîndu-se prin lucrări științifice de reală valoare.

În 1933 este transferat la București pentru a ocupa catedra profesorului Ernest Juvara, rămasă vacantă prin moartea neașteptată a acestuia.

Manifestarea entuziastă pe care i-a închinat-o întreaga intelectualitate locală acum, după 14 ani de profesorat, a fost o dovadă a rodnicei sale activități desfășurată.

Foştii săi colaboratori de la clinică, de la catedră şi de pe front s-au adunat din toate colţurile ţării pentru a manifesta cu simpatie şi admiraţie. Cu acest prilej, profesorul Iuliu Haţieganu a spus : „În tine s-au contopit în cea mai deplină armonie calităţile chirurgului artist şi biologist, profesorul instruitor şi educator, ale medicului bun şi entuziast, ale omului gînditor şi generos", iar profesorul Emil Ţeposu, urmaşul său la catedră, a mărturisit : „Ne-aţi picurat în suflet acel fluid de esenţă umană, care făcea ca în mîinile dvs. actul operator să îmbrace formele desăvîrşite ale operei de artă".

Ca activitate ştiinţifică, putem sublinia că profesorul Iacobovici a publicat 240 de lucrări.

A fost raportor al congreselor naţionale de chirurgie din 1925 şi 1937 şi preşedinte al Societăţii române de chirurgie.

Este autorul unor procedee chirurgicale originale şi inventator al unui aparat ortopedic fixator, care-i poartă numele.

Printre numeroasele lucrări „Rezecţia coastei I şi a frenicului" este cunoscută azi în literatura chirurgicală drept „operaţia lui Iacobovici" şi citată în toate tratatele de specialitate.

Contactul profesorului Iacobovici cu studenţii săi nu era numai de natură intelectuală, ci şi educativă. Crezul său, pe care îl amintea adesea în faţa auditorilor, s-a sintetizat în următoarele cuvinte : „La baza activităţilor omeneşti este un factor care nivelează munţii, mută albiile rîurilor, sfredeleşte pămîntul şi face să ţîşnească bogăţia din tot lucru, acest factor este munca. O clipă pierdută este pierdută pentru totdeauna. Puneţi munca la locul ei de cinste şi preţuiţi-o dumneavoastră ce urmăriţi meşteşugul doctoricesc".

Întreaga activitate a acestui deosebit reprezentant al chirurgiei româneşti s-a distins printr-o înaltă etică profesională, dublată de pasiune şi dăruire. Fiind, în acelaşi timp, şi un profund gînditor, Iacobovici a emis nenumărate aforisme şi principii fundamentale de etică profesională, demne de urmat.

„Nimeni pe lume nu are o răspundere mai mare decît cel chemat să dispună de viaţa semenului său" sau „Medicina ca orice altă ştiinţă urmăreşte, în primul rînd, adevărul, nici o altă consideraţie de nici un fel nu poate să treacă peste această ţintă", sînt cuvinte pătrunse de un profund umanitarism.

Om de înaltă cultură, profesorul Iacobovici nu era străin nici de preocupările sufleteşti ale poporului nostru. În 1922, a luat iniţiativa de a se aşeza o piatră comemorativă la casa ţărănească unde s-a născut marele poet George Coşbuc (satul Hordou — Năsăud, azi comuna George Coşbuc). A fost prilejul unei pioase sărbătoriri a marelui poet român, care a scris puternice cîntece de revoltă socială, exprimînd cu mare forţă realistă mînia clocotitoare a ţărănimii răzvrătite.

La zece ani de la moartea poetului Panait Cerna (1881—1913), prieten din tinereţe al profesorului, cu prilejul unei comemorări, acesta a analizat latura sufletească a poetului, care a visat o societate în care să nu fie „nici sclavi, nici domnitori".

Dar succesul desăvîrşit al carierei profesorului Iacobovici s-a datorat unei fericite îmbinări de calităţi, care au conlucrat la realizarea unei opere complexe de ordin chirurgical, ştiinţific, didactic, organizatoric şi social-patriotic, căci acest mare om a fost deopotrivă : chirurg, om de ştiinţă, excelent organizator, profesor, patriot. Niciodată nu s-a plîns de dificultăţi operatorii sau de oboseală. Nu a calomniat şi nu a fost ros de invidii. Întotdeauna şi-a citat colaboratorii, încurajîndu-i.

Nivelul ştiinţei medicale a celui de-al IV-lea deceniu al secolului nostru, precum şi preocupările lumii medicale au impus înfiinţarea Academiei de medicină în ţara noastră, înalt for capabil să dezbată probleme ale vieţii ştiinţifice medicale şi de ocrotire a sănătăţii, ce frămîntau poporul nostru. Iniţiativa a fost luată de către o serie de figuri remarcabile ale ştiinţei medicale din ţara noastră, printre care se aflau profesorii : Danielopolu, Iacobovici, Gheorghe Marinescu, C. I. Parhon, Mihai Ciucă, Dumitru Manolescu şi alţii.

Conform legii din 17 aprilie 1935, Academia de medicină a desfăşurat o bogată activitate pînă în anul 1948, după care s-a integrat în cadrul Academiei române. Ea şi-a propus să contribuie la organizarea sanitară şi a învăţămîntului medical, realizînd acea colaborare atît de necesară a oamenilor de ştiinţă de diferite specialităţi. De asemenea, a contribuit la difuzarea materialelor ştiinţifice originale efectuate în ţara noastră, acordînd un puternic sprijin moral cercetătorilor din diverse ramuri ale medicinii.

Sub îngrijirea profesorului Iacobovici au fost redactate două volume — Chirurgia de război — apărute sub auspiciile Academiei de medicină, fiind de mare folos chirurgilor din acei ani.

Bogata activitate ştiinţifică şi obştească desfăşurată de profesorul Iacobovici s-a bucurat de o mare apreciere în anii puterii populare.

Clinica a II-a chirurgicală de la Spitalul „Brîncovenesc", unde a operat și instruit multe cadre pînă în 1951, a beneficiat de aportul său valoros și după această dată, ca un omagiu al intelectualității sale, al patriotismului fierbinte de care era animat, precum și al puterii de muncă ce nu fuseseră stîrbite încă de scadența vîrstei.

Pentru merite excepționale în domeniul ocrotirii sănătății, Prezidiul Marii Adunări Naționale i-a conferit în 1954 titlul de medic emerit.

În același an i s-a conferit și Ordinul Muncii Clasa I pentru intensa și îndelungata activitate didactică, științifică și profesională, iar Societatea de chirurgie din cadrul Uniunii Societăților de Științe Medicale l-a sărbătorit într-o ședință solemnă, aducîndu-i un omagiu de călduroasă stimă și adîncă prețuire.

Viața l-a părăsit la 29 octombrie 1959, în vîrstă de 80 de ani, înconjurat de regretul întregului corp medical, al prietenilor și al pacienților recunoscători.

Gh. Petrovici

un moș... tînăr

Moș Geriliă, legendarul,
Care poartă-n tolbă darul,
Se prezintă azi la față
Tinerel și plin de viață,
Deoarece, cu bărbăție,
S-a dus la „Geriatrie".
Ajungînd acolo-n poartă,
Un portar îl luă la ceartă :
— Moș Geriliă, ești senil,
De-ai venit de prin april ?
Se-ncruntă bătrînul tare :
— Eu vin pentru internare !
— Da ? Credeam — spuse portarul —
Că mi-a stat iar calendarul !
Punînd tolba pe parchet,
Moșul merse-n cabinet
Și un doctor subțirel
Vru să știe ce-are el.
— Păi am foarte multe, dar
Sînt în tolbă la portar !
Medicul cu reputație
Îi porunci la consultație,
Ciocănindu-l cu răbdare
Ca și o ciocănitoare,
Peste piept și omoplați,
De striga moșul : — Intrați !
Apoi, medicul, om rece,
Decretă : — Salonul 10 !
Iar acolo, doar bunici,
Socri mari și socri mici,
Toți de-un leat cu evul mediu,
Internați pentru remediu.
A trecut moșul la cură,
Stînd la pat pe cuvertură
Și-ntr-o bună dimineață,
Se trezi june la față
Și cînta, umflînd pomeții,
„Serenada tinereții",
Deoarece, ca niște fleacuri,
Dase jos sute de veacuri,
Semnul că era momentul
Să încheie tratamentul.
Astfel, dînd așa-ndărăt,
Atingea vîrsta de făt
Și nu mai putea, săracul,
Să ridice-n spate sacul.
Iar cei mici, de Anul Nou,
Rămîneau fără cadou
Și-așteptau veacuri la coș,
Pînă el... era iar moș !

V. D. POPA

plantele »DACICE« din tratatul lui Dioscoride

Pe la mijlocul secolului trecut, savantul Jacob Grimm, fondatorul filologiei germane, semnala prezența în anumite tratate antice de botanică a cîtorva zeci de nume „dacice" de plante. Numeroși au fost istoricii și lingviștii care, de-a lungul a mai bine de un secol, au studiat sîrguincios acei termeni, emițînd ipoteze din cele mai diferite și mai îndrăznețe. Dealtminteri, interesul cercetătorilor pentru buruienile dacice pomenite în scrierile lui Dioscoride și ale lui Pseudo-Apuleius a crescut, astfel încît astăzi există o întreagă literatură consacrată acestei probleme.

Un asemenea interes este, fără îndoială, legitim, dată fiind sărăcia informațiilor de care dispunem privitoare la limba traco-dacilor. Cei aproape șaizeci de termeni botanici presupuși de origine dacă, menționați în scrierile amintite, făgăduiau să aducă o importantă contribuție la elucidarea unor enigme cu caracter istoric și filologic, în legătură cu „cei mai viteji și drepți dintre traci", așa cum îi caracteriza Herodot pe geto-daci.

Astfel, într-o culegere de opere antice alcătuită la Bizanț, probabil către sfîrșitul secolului al X-lea, figurează și o copie a tratatului **„Despre materia medicală"** a vestitului medic militar roman, de origine elenă, Pedaniu Dioscoride din Anazarba, care a trăit pe la mijlocul secolului I e.n. Folosind texte ale unor înaintași, dar valorificînd și propria sa experiență, el a scris, în greceşte, cartea amintită, străduindu-se să consemneze toate remediile de origine vegetală, animală sau minerală cunoscute la vremea aceea. Și fiindcă preocuparea pentru erudiție începea să se manifeste în lumea greco-romană, Dioscoride nu s-a mulțumit să noteze numele elene ale plantelor și nici măcar numai echivalentul lor latin, ci a adăugat și sinonimele din alte limbi.

Descoperind în codicele bizantin acele denumiri dacice, lingviștii puteau spera că au intrat în posesia unei adevărate comori : întrucît Dioscoride a trăit înainte de cucerirea Daciei de către legiunile lui Traian, termenii dacici din tratatul **„Despre materia medicală"** trebuiau să ofere garanții de perfectă autenticitate, nefiind influențați de simbioza romano-dacă inaugurată în anul 106. S-a văzut însă curînd că aceste speranțe nu erau îndreptățite : textul lui Dioscoride suferise modificări, după unii cercetători spre sfîrșitul secolului al III-lea, după alții chiar prin secolul al V-lea, dacă nu al VI-lea. În versiunea originară, denumirile dacice nu figuraseră, fiind adăugate ulterior, probabil după un glosar botanic redactat de eruditul Pamphilos. Cît despre termenii dacici din tratatul latin al lui Pseudo-Apuleius (numit astfel fiindcă inițial fusese atribuit în mod fictiv unui Apuleius, medic roman care trăise cu mult înainte), se consideră că ei sînt inspirați dintr-o listă de plante de prin secolul al IV-lea. Prin urmare, termenii dacici intercalați în scrierile lui Dioscoride și Pseudo-Apuleius au fost înregistrați relativ tîrziu, după ce ragatul lui Decebal intrase sub stăpînirea Imperiului roman.

Că așa stau lucrurile o dovedește analiza filologică a denumirilor respective. Competentul arheolog și lingvist clujean I. I. Russu se declară de acord cu statistica întocmită de filologul bulgar D. Decev, potrivit căreia, din cele 40 de nume dacice care apar în listele de sinonime ale lui Dioscoride, 20% sînt în realitate latine, 12,5% sînt grecești și doar 67,5% puteau proveni din limba daco-tracă. O situație oarecum similară se întîlnește și în privința celor 32 de nume dacice din tratatul lui Pseudo-Apuleius : 28,12 la sută sînt latine, 25 la sută sînt grecești și 46,88 la sută pot fi daco-trace.

Această statistică nu are de ce să ne mire : ea reflectă, într-un fel, stadiul procesului de romanizare a populației din provincia imperială Dacia. Din acest punct de vedere ar fi semnificativă și creșterea procentului denumirilor latine, paralel cu scăderea celor dacice, în intervalul scurs dintre colectarea termenilor înscriși în tratatul lui Dioscoride și al celor adăugați în tratatul lui Pseudo-Apuleius.

Este însă de observat că, din păcate, numele dacice de plante conținute în cele două tratate nu au o prea mare valoare documentară, deoarece transcrierea este evident defectuoasă, cu scîlciări și deformări. Constantin Daicoviciu reține ca „indiscutabil dacici" doar șase termeni : **aniarsexe** (iarbă săracă), **budathla** (limba boului), **diesema** (coada vacii), **dyn** (urzică), **mizela** (cimbru), **riborasta** (brusture).

După cum se vede, nici una din aceste denumiri din „fondul autohton" nu s-a mai păstrat în limba română ; poate numai că în cuvîntul „brusture" se percepe o anumită rezonanță a lui „riborasta".

Calificativul „dacic" folosit în copiile amintite ale scrierilor lui Dioscoride și Pseudo-Apuleius indică, așadar, nu proveniența lingvistică a respectivilor termeni, ci proveniența lor geografică. Acestea erau denumirile botanice folosite în perioada administrației romane (și îndată după aceea) în aria dacică, deci la nordul cursului inferior al Dunării.

Dacă importanța lor pentru reconstituirea limbii dacilor este destul de redusă, ele pot însă furniza un argument convingător în favoarea continuității de viețuire a vechii populații în provincia romană Dacia. Căci, remarcă C. Daicoviciu : „În Dacia romană a trăit, alături de coloniștii veniți din tot imperiul, și populația băștinașă dacică, de la care au fost culese numirile cu adevărat dacice ale plantelor de leac".

Dar cum se explică faptul că asemenea numiri au fost socotite vrednice de a fi consemnate în scrierile savante ale epocii ?

Unii istorici ai medicinii sînt de părere că adăugarea sinonimelor dacice în tratatul lui Dioscoride sau al lui Pseudo-Apuleius ar fi fost dictată de considerente utilitare, acele cărți fiind folosite de tămăduitorii bizantini (sau de alt neam) care călătoreau la nord de Dunăre în căutarea buruienilor de leac. Explicația ni se pare cam forțată, întrucît nu era nevoie să treci fluviul pentru a întreprinde (cu cartea în mînă) o expediție destul de primejdioasă, în scopul culegerii unor ierburi care cresc și aiurea, mai cu seamă că nu era vorba de plante medicinale cu eficacitate terapeutică deosebită.

Altul, credem, este temeiul includerii numirilor dacice (sau presupus dace) în acele venerabile opere „științifice". A prezidat la aceasta tendința, caracteristică pentru faza descendentă a civilizației greco-romane, de a cultiva erudiția, de a impresiona mai ales prin cantitatea datelor acumulate.

Trebuie totuși să răspundem și la întrebarea : de ce învățații timpului și-au îndreptat atenția tocmai către aria dacică și au considerat că din tratatele botanice nu pot lipsi denumirile „dacice" (fie ele chiar într-o versiune aproximativă și plină de neajunsuri) ?

Într-un remarcabil studiu postum, intitulat **„Utopia getică"** (apărut în Secolul 20, nr. 198—199/1977), Alexandru Busuioceanu demonstrează că Dacia a reprezentat pentru greci și romani un tărîm de legendă, saturat de mistere și izvor de mituri. Antichitatea clasică a privit fascinată către lumea geto-dacică, „o lume de vitejie sălbatică, de curățire și dreptate". Dacii erau stăpînitorii unei incomparabile înțelepciuni tainice, vădită și în arta lecuirii, ce se întemeia la ei pe „ucigătoarele plante ale Dunării, din care se distilau sucuri pentru magia înfiorătoare a Medeei".

Acest prestigiu imens de care beneficia terapeutica dacică la greci și la romani explică și includerea denumirilor dacice în unele copii mai tîrzii ale marilor tratate botanice antice. Dacă Dioscoride nu a introdus el însuși în cartea sa aceste denumiri de plante, de vină este secretul care, la începutul mileniului nostru, învăluia poporul de dincolo de Dunăre și civilizația lui. Dar după ce cucerirea romană a deschis larg porțile Daciei, curiozitatea savanților, ca și a oamenilor de rînd, trebuia satisfăcută. S-au alcătuit atunci glosare ale ierburilor de leac de prin părțile acestea, fapt dovedit de transcrierea în operele lui Dioscoride și Pseudo-Apuleius a numelor de plante „dacice".

Astfel, modestele buruieni pomenite în acele tratate se bucurau de prestigiul pe care demult îl dobîndise la greco-romani magia vindecătoare a adoratorilor lui Zamolxis. Dacă lista plantelor „dacice" nu aduce nici un fel de revelații de ordin lingvistic, ea constituie o mărturie grăitoare a respectului de care se bucura medicina dacă și, în general, cultura dacă în epoca de maximă înflorire a civilizației clasice antice.

Dr. G. Brătescu

încălțămintea și moda

Prof. dr. doc. **A. Denischi**

Încălțămintea, o necesitate vestimentară izvorîtă din nevoile de protecție a piciorului, a cunoscut de-a lungul vremii o evoluție care nu totdeauna a fost în concordanță cu aceste necesități, devenind un obiect de estetică și, ca atare, și-a modificat mereu forma, trecînd dintr-o extremă în alta, după gusturile și concepțiile estetice ale oamenilor.

Piciorul omului primitiv (omul cavernelor) era dotat, fără îndoială, cu o piele groasă și cu o sensibilitate obtuză, ceea ce îi permitea, ca și celorlalte animale, să umble fără vreo protecție specială.

Dar descendenții acestuia, mai evoluați biologic, au resimțit necesitatea unei supraprotecții, și în acest scop au început să-și înfășoare picioarele cu piei de animale.

În decursul generațiilor, încălțămintea și-a modificat mereu forma, violînd în toate felurile fiziologia piciorului și legile echilibrului.

Deseori, încălțămintea a fost mai mare decît piciorul. Să ne amintim de încălțămintea medievală franceză, faimoasa „poulaine", care avea vîrful ascuțit, atingînd în lungime pînă la 50 cm, lungime ce era în directă legătură cu rangul social al celui ce-o purta. Astfel, pentru burghezi, lungimea încălțămintei nu putea depăși jumătate din lungimea piciorului; pentru mica nobilime, un picior; pentru conți și marchizi, un picior și jumătate, iar la marii principi era legată sub genunchi cu un lănțișor de aur, pentru a permite mersul (fig. 1).

În schimb, încălțămintea de la curtea regilor de Valois era scurtă și lată, în formă de lopată. Ea s-a lățit mult, măsurînd 33 cm în sens transversal, de unde și expresia „a trăi pe picior mare".

Alteori, încălțămintea a fost mai strîmtă decît piciorul. Astfel, la curtea regelui Henric al IV-lea al Franței, curtenii și eleganții trebuiau să-și petreacă o oră cu picioarele în apă rece, înainte de a-și pune încălțămintea.

Dacă ne referim la tipurile de încălțăminte existente în secolele trecute, putem afirma că purtarea acestora trebuie să fi creat adevărați martiri, mai ales la clasele avute, unde încălțămintea nu era considerată numai un mijloc de protecție împotriva influențelor vătămătoare ale mediului înconjurător, cît, mai ales, un obiect de lux.

Treptat, prin industrializarea fabricării încălțămintei, oamenii de toate categoriile s-au supus influenței modei, și datorită cochetăriei irațional, piciorul a suportat în tăcere tot chinul.

Deși încălțămintea modernă este mai puțin extravagantă ca cea din trecut, ea nu este cu totul inofensivă — cel puțin încălțămintea feminină —, continuînd să producă numeroase dezordini și suferințe piciorului.

O primă critică care se aduce încălțămintei feminine actuale o constituie tocul înalt. Necesitatea tocului înalt nu este justificată nici din punct de vedere anatomic, nici din punct de vedere funcțional. Variația înălțimii tocului depinde de voința creatorului de modele, în căutare de forme atrăgătoare. Din această constatare se naște o întrebare firească: are dreptul un modelator să modifice poziția părții inferioare a piciorului, în mod arbitrar, neținînd seama de legile naturii?

Se știe că, de la natură, omul stă și umblă cu talpa piciorului lipită de sol. Că aceasta este poziția naturală o dovedesc raporturile existente dintre funcție și forma anatomică. Aceste raporturi sînt evidente prin faptul că un țesut al corpului se dezvoltă, devenind mai viguros, cu cît încărcările la care este supus sînt mai mari și cu cît mișcările efectuate sînt mai frecvente.

Ținînd seama de această interdependență, trebuie să precizăm că partea poste-

rioară a piciorului este formată din două oase masive — calcaneul şi astragalul. Masa deosebit de masivă a acestor două oase ne obligă să deducem că, de la natură, acolo este dispusă cea mai mare parte din împovărarea produsă de greutatea corpului. Dar pentru a se realiza adevărata repartiţie a forţei de apăsare, piciorul trebuie să fie aşezat pe sol, deci fără toc.

Ce se întîmplă însă cînd călciiele sînt ridicate prin tocuri? Repartizarea naturală a împovărării este modificată: forţa de apăsare care acţionează asupra părţii anterioare a piciorului (vîrful piciorului) este cu atît mai mare, cu cît înălţimea tocului este mai mare. Prin aceasta, întreaga greutate a corpului este raportată pe vîrful degetelor, oasele fiind solicitate peste limita lor normală. De asemenea, şi ligamentele, tendoanele şi muşchii sînt solicitaţi în mod nenatural şi toate acestea duc la o perturbare a condiţiilor funcţionale.

Înclinarea încălţămintei dată de tocul înalt face ca piciorul să lunece spre înainte, producînd o presare sporită a degetelor în vîrful pantofului, iar musculatura degetelor este obligată, în parte, să nu mai funcţioneze normal, ceea ce duce la slăbirea şi atrofia acesteia. Drept urmare,

există pericolul ca raporturile normale dintre oasele piciorului şi ale degetelor să fie tulburate, adică să intervină deformarea picioarelor (fig. 2). În afară de aceasta, prin comprimarea degetelor, fluxul sanguin este întrerupt sau, în cel mai bun caz, împiedicat, ceea ce are ca urmare o altă debilizare (slăbire) a ţesuturilor.

Experienţa clinică şi cercetările efectuate confirmă faptul că aşezarea piciorului într-o încălţăminte cu tocul înalt nu este normală, deoarece nu corespunde condiţiilor date de natură. Urmările unei astfel de poziţii false a piciorului pot duce la atrofii musculare, insuficienţe ligamentare şi deformaţii ale piciorului. Pe lîngă aceste modificări ale formei piciorului normal, nu trebuie să pierdem din vedere că şi formarea de varice, deplasări ale organelor din abdomen, dureri ale coapselor şi spatelui, uneori considerate dureri reumatice, pot avea drept cauză încălţămintea nepotrivită şi, mai ales, aceea cu tocuri înalte.

Există însă femei care s-ar părea că nu pot să meargă cu tocuri joase. Prin aceasta nu se demonstrează că tocul este condiţionat funcţional sau fiziologic. Singura explicaţie nu este decît aceea că s-a creat o obişnuinţă de a purta tocuri înalte şi ca atare musculatura s-a reglat din punct de vedere funcţional pe această aşezare a piciorului. Ba mai mult, purtarea unor pantofi cu tocuri joase declanşează adeseori dureri, mai ales cînd musculatura nu are destulă capacitate funcţională.

Este necesar să amintim încă un dezagrement al tocurilor înalte: cu cît tocul este mai înalt, cu atît suprafaţa de sprijin a pantofului este mai redusă. Micşorîndu-se suprafaţa de „păşire", mersul devine mai nesigur şi pericolul unei entorse creşte. În afară de aceasta, mai există posibilitatea formării piciorului scobit (cavus).

Dacă purtarea încălţămintei cu tocuri înalte este nejustificată din punct de vedere fiziologic, în schimb s-a constatat că un toc care nu este mai înalt de 4 cm nu poate aduce prejudicii, echilibrul funcţional normal nefiind tulburat semnificativ. În acest caz, talpa nefiind prea înclinată încît să intervină o apăsare prea mare a degetelor în vîrful încălţămintei a determinat pe specialişti să o accepte.

Un alt neajuns al încălţămintei moderne feminine îl constituie forma ascuţită a vîrfului. În interiorul acestui vîrf rigid şi strîmt, degetele înghesuite încep să sufere. Astfel, degetul mare este împins în afară, realizînd deformaţia în valgus a halucelui, iar degetul mic stă împins înăuntru. Degetele mijlocii, înghesuite între degetul mare şi cel mic, sînt nevoite să se îndoaie dorsal, pentru a scăpa de presiunea laterală, şi să se deformeze în ciocan. În urma acestor deformări ale degetelor, antepiciorul devine triunghiular, adaptîndu-şi conformaţia la axul de simetrie a pantofului, iar bolta transversală se turteşte, uneori se inversează, producînd antepiciorul rotund. Apariţia bătăturilor la nivelul degetelor deformate şi a unghiilor încarnate accentuează suferinţa piciorului.

Nu numai încălţămintea feminină modernă este necorespunzătoare din punct de vedere al comodităţii piciorului în timpul repausului sau în timpul mersului, dar uneori şi cea masculină sau cea a copilului.

Încălţămintea scurtă limitează excursia elastică a bolţii plantare, necesară pentru un mers normal şi alterează contracţia ritmică a musculaturii de arcuire (scobire) a piciorului. În timpul mersului, cînd piciorul se sprijină pe pămînt,

arcul intern al piciorului se alungește, revenind la curbura normală atunci cînd piciorul este ridicat de pe pămînt. Acest joc ritmic este împiedicat în cazul încălțămintei prea scurte atît la adulți, cît mai ales la copii, care cresc repede. Drept consecință, apar deformații ale degetelor în ciocan, unghii încarnate, bătături și chiar predispoziții pentru picior scobit, prin încordarea permanentă a musculaturii piciorului.

Încălțămintea prea strîmtă și cu ștaif prea rigid poate duce, de asemenea, la suferința piciorului: produce tulburări circulatorii locale, stînjenește aerisirea piciorului, favorizează transpirația și macerația pielii, înlesnește apariția unor infecții ale pielii, în anotimpul rece produce degerături.

Dacă, dimpotrivă, încălțămintea este prea largă sau dacă piciorul nu stă bine în pantof, cum se întîmplă cînd pantoful este prea decoltat, microtraumatismele continue de frecare produc vezicule, bursite și bătături în regiunea călcîiului sau la nivelul degetelor. Mersul cu asemenea încălțări devine contractat, obositor, iar bolta piciorului nemaifiind susținută lateral tinde să se turtească, mai ales la persoanele care au o slăbire musculară (hipotonie).

În egală măsură și talpa nepotrivită constituie un neajuns al încălțămintei. În general, este necesar ca talpa pantofului să fie suplă. În cazul în care este prea subțire, nu garantează un sprijin sigur, permițînd răsucirile laterale, dezastruoase, în special la copii, și în același timp permite să se simtă toate asperitățile terenului. De asemenea, o talpă prea dură (de lemn, de plută sau talpă triplă de piele) devine agresivă pentru picior. Talpa prea groasă și rigidă traumatizează planta piciorului, atrofiază mușchii și întinde ligamentele piciorului, favorizînd instalarea piciorului plat și necesitînd un consum excesiv de energie în timpul mersului. Un studiu efectuat asupra acestui ultim aspect a arătat că 100 g în plus pentru un pantof antrenează o cheltuială suplimentară de energie de 128 kgforță/m.

„Să respectăm încălțămintea — spunea un bine cunoscut specialist — căci mai mult de jumătate din viață o petrecem în ea". Într-adevăr, dacă este confortabilă, ea ușurează munca noastră și, dimpotrivă, dacă este imperfectă, ea creează o întreagă patologie dureroasă și infirmizantă. Din aceste motive, avertismente pentru o încălțăminte rațională s-au auzit încă din secolele trecute și se mai aud încă și astăzi. Profesori și savanți, medici și tehnicieni, printr-o muncă de cercetare plină de osteneli s-au străduit să descopere relațiile dintre încălțăminte și picior și și-au unit protestele contra formelor de încălțăminte dăunătoare sănătății.

Iată pentru ce atît producătorii, cît și consumatorii, sînt deopotrivă interesați ca această problemă a raportului natural (normal) dintre încălțăminte și picior să fie rezolvată în favoarea sănătății, în primul rînd, și numai apoi în favoarea modei.

Forma încălțămintei trebuie să fie adaptată formei piciorului, altminteri există un pericol sporit de prejudicii grave aduse picioarelor, cu suferințele consecutive ce derivă din acestea. Atît modelierii, cît și beneficiarii, ar trebui să se gîndească totdeauna că sănătatea picioarelor depinde în mod esențial de forma pantofului și de modul în care acesta respectă și înlesnește fiziologia normală a piciorului.

părul și îngrijirea lui

Prof. dr. **Al. DIMITRESCU**
Clinica a II-a dermatologică, I.M.F. București

Părul, acest minunat dar al naturii, are nevoie, ca orice altă parte componentă a organismului, de o anumită îngrijire. De aceea, este necesar să cunoaștem unele noțiuni cu privire la structura și biologia sa, ca și unele reguli simple, dar importante, de îngrijire a părului, care ar putea să-i prelungească „viața".

Părul, ca și unghiile, suferă în timpul existenței sale o serie de modificări biologice, dar mai puțin vizibile și importante ca pielea. Astfel, partea „vie" a părului este reprezentată doar de „bulbul pilos", adică partea situată profund în piele și anume în fundul canalului prin care firul de păr se exteriorizează la suprafață. Canalul poartă denumirea de „folicul pilos" sau pilosebaceu, deoarece, de regulă, în acest canal își varsă glandele sebacee secreția grăsoasă numită „sebum".

Părul păstrează legătura cu pielea prin intermediul acelui bulb, care este ușor scobit și intim aplicat pe o proeminență a dermului, situată la baza canalului și care mediază hrănirea și, respectiv, creșterea sa.

Este bine să știm că părul trece prin trei faze importante în viața lui : prima, cea de creștere sau anagenă, durează trei ani ; a doua este aceea în care rădăcina devine mai profundă și în care părul se pregătește să cadă — este faza catagenă și durează doar trei săptămîni ; a treia este faza în care începe să crească un păr nou alături de cel vechi și este numită fază telogenă. 90% din părul nostru este din prima fază, ceea ce crește însă în cea de-a treia fază este prea puțin și deci nu poate înlocui în totalitate părul care ar cădea în cantitate mai mare decît în mod normal și astfel începe „drama" răririi sale.

Firul de păr este alcătuit dintr-o materie cornoasă asemănătoare din punct de vedere chimic cu aceea a unghiei, numită cheratină ; el are săpat în centrul său un canal, „canalul medular", iar la periferie este acoperit cu niște solzișori fini formați din aceeași materie cornoasă, avînd un rol important în protecția părții sale exterioare.

Spre deosebire de părul animalelor, care este de obicei continuu protejat de acea grăsime sau sebum, la om secreția sebacee prezintă atît calitativ, dar mai ales cantitativ, variații semnificative de la sex la sex, de la individ la individ și la același individ de la o perioadă de viață la alta. Cauzele intime ale acestor variații și ale căderii părului, în general, sînt multiple. În primul rînd, este vorba de o anumită predispoziție moștenită, genetică, iar apoi intervin factori interni ai organismului și factori din mediul ambiant, din afara organismului.

Intervenția acestor factori în măsură diferită și în asociații variabile explică, în consecință, de ce există — ca și în cazul „terenului" — păr gras și păr uscat. Atît în cazul unui păr foarte gras, cît și în cazul unuia foarte uscat, este amenințată viața acestuia, iar din punct de vedere estetic, de asemenea, are de suferit. De aceea, ne vom referi la acei factori care stau în posibilitățile fiecăruia din noi să-i influențăm și din a căror cunoaștere se pot deduce unele reguli și sfaturi practice de îngrijire a părului.

Toți acești factori, și în special cei care țin de mediul exterior, pot juca un rol însemnat, influențînd nu numai îngrășarea sau uscăciunea părului, ci și nutriția sa.

S-a observat astfel că de multe ori căderea anormală a părului este legată de unele schimbări în modul nostru de viață, ale condițiilor de mediu în care trăim ; aerul uscat din încăperile cu încălzire centrală poate contribui la uscăciunea părului, iar poluarea aerului cu praful încărcat cu diferite substanțe nocive îl face să-și piardă luciul natural, plăcut la vedere și la atingere.

Alimentația poate juca și ea un rol în sănătatea părului prin conținutul său sărăcia sa în anumiți acizi aminați și vitamine necesare creșterii părului.

O importanță deosebită însă are starea de sănătate în general a organismului ; astfel, pot provoca sau grăbi căderea părului : bolile infecțioase ce se însoțesc de stări febrile accentuate sau prelungite, cum sînt : virozele, tulburări ale glandelor cu secreție internă (tiroidă, ovare, suprarenală), surmenajul prelungit, tensiunea nervoasă, șocuri psihice, stările depresive, cura de slăbire prelungită și bruscă, necontrolată medical, ingestia prelungită

a unor medicamente sau efectuarea unor tratamente repetate cu preparate hormonale (exemplu, progesteronul) ; uneori o sarcină poate provoca o accelerare a căderii părului, de cele mai multe ori trecătoare.

Mai pot contribui la alterarea calității părului și la scurtarea vieții sale decoloratul brutal și des repetat, precum și vopsitul prea frecvent cu substanțe necorespunzătoare.

Ținînd seama de rolul dăunător — într-o măsură mai mare sau mai mică — al factorilor menționați, se impun unele măsuri de igienă.

Spălatul regulat cu un săpun de bună calitate sau cu un șampon corespunzător contribuie la menținerea unui păr sănătos. Se înțelege că ritmul spălării părului diferă de la un „păr" la altul. Un păr gras este corect să fie spălat la 4—5 zile, iar unul uscat la 7—8 zile. Este greșită concepția ca spălarea părului să se facă mai rar de 8—10 zile. Nu trebuie uitat că părul și pelicula de grăsime de pe suprafața sa și, mai ales, de pe suprafața pielii capului favorizează depunerea prafului și a eventualelor substanțe chimice dăunătoare din aer. Acestea împiedică ca el să respire, să-și primenească unele din elementele componente, înlesnind producerea și acumularea de scuame (mătreață) la suprafața pielii capului. Se recomandă ca apa de spălat să nu fie dură, calcaroasă, care degresează brutal părul și îndepărtează solzii protectori ; este indicat să se folosească apa de ploaie. Săpunurile cele mai potrivite sînt cele grase și nu cele uscate, alcaline. Șampoanele trebuie alese după natura părului : pentru un păr uscat se va alege un șampon preparat din uleiuri blînde sau gălbenuș de ou, care menajează părul deja alterat de starea sa de uscăciune, fără a-l degresa brutal, fără a-i distruge solzii protectori, fără a-i înlesni crăparea vîrfurilor. Pentru părul gras poate fi folosit un săpun ceva mai uscat, mai alcalin sau un șampon potrivit acestui tip de păr.

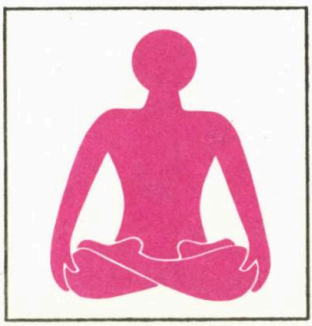
Se mai recomandă ca în apa de clătit să se adauge — după cum se cunoaște — o mică cantitate de oțet, după care se va efectua o clătire cu apă curată. Rolul oțetului este de a conferi părului o suplețe și un luciu plăcut, pe de o parte, iar pe de alta, de a corecta pH-ul pielii modificat de săpun sau șampon, în sensul alcalinizării (pH-ul normal este ușor acid).

Părerea despre rolul favorabil al tăierii scurte a părului este puțin fundamentată. Scurtarea repetată a părului are un slab rol de stimulare a creșterii sale și nu influențează oprirea căderii atunci cînd este vorba de o cauză mai importantă sau de o predispoziție înnăscută, respectiv, dacă părul este bolnav.

Pieptănatul și periatul părului se vor face o dată sau, dacă este posibil, de două ori pe zi. Este recomandabil ca pieptenele să aibă dinții rotunjiți și nu ascuțiți, deoarece pot provoca zgîrieturi și infecții cu multă ușurință. Este de preferat ca pieptenele să fie confecționat din os, iar peria din păr. Atît pieptănatul, cît și periatul se vor face în toate direcțiile.

Sănătatea părului se identifică în ultima instanță cu sănătatea organismului întreg. O viață regulată, pe cît posibil privată de stresuri, cu cît mai puține îmbolnăviri, cu o alimentație rațională, echilibrată, fără a fi monotonă, conținînd substanțele nutritive necesare sănătății părului, din care să nu lipsească uleiurile vegetale, ouăle, carnea proaspătă, peștele proaspăt etc. sînt factori de mare importanță pentru menținerea unui păr sănătos.

Un păr mai puțin bogat, rezultatul unei moșteniri, nu poate fi îmbogățit, dar poate fi păstrat ; acest lucru se obține numai printr-o îngrijire regulată, perseverentă. În cazurile în care căderea părului devine alarmantă, va fi necesar să se ceară și avizul medicului, pentru a se putea interveni cît mai precoce și printr-un tratament cît mai corespunzător cauzei care a generat căderea.



terapia prin mișcare

Conf. dr. Ioan Drăgan

Directorul Centrului de medicină sportivă, București

Cultura fizică medicală (exercițiile fizice, factorii fiziobalneologici, masajul) s-a bucurat de o mare reputație terapeutică încă din medicina antică. Grecii, romanii, prețuiau și recomandau insistent exercițiile fizice, masajul, în tratarea diverselor boli.

Astăzi, cultura fizică medicală, integrată în terapia complexă a recuperării funcționale și apreciată la justa sa valoare, este organizată pe noi criterii științifice, îmbinînd mișcarea, uneori efectuată sub influența potențată a factorilor naturali ai mediului ambiant (apă, aer, soare) cu masajul.

Ca agent terapeutic eficace, cultura fizică medicală se adresează unei largi colectivități. Astfel, copiii de la naștere și pînă la vîrsta școlară, femeile (în perioada de sarcină, alăptare, lăuzie), vîrstnicii și persoane de diferite profesiuni ce se expun unor boli sau deformații profesionale, constituie un cîmp vast de aplicare a unor agenți terapeutici în scop profilactic. Eficiența terapeutică propriu-zisă se fundamentează pe : ipoteza suprimării bolilor sau urmărilor acestora (stări sechelare), corectarea deficiențelor fizice sau stabilizarea lor, creșterea indicilor funcționali ai diverselor aparate și sisteme ale organismului.

Dar care sînt de fapt caracterele acestei terapii naturale, atît de apreciate în ultima vreme și lipsite de risc, dacă este utilizată rațional ?

Pe lîngă faptul că constituie o terapie naturală, utilizînd exercițiul fizic, masajul, factorii de mediu, gimnastica mai reprezintă și o terapie activă, persoana respectivă participînd în mod conștient, voluntar. Mai mult decît atît, terapia prin mișcare este o terapie complexă, asociind la mijloacele enunțate, medicația farmacologică, dieta, intervențiile ortopedico-chirurgicale etc. De asemenea, urmărește efecte evident funcționale, care uneori se suprapun efectelor anatomice (funcția respiratorie, neuromotorie, circulatorie, endocrinometabolică). În același timp, constituie și o medicație psihologică, deoarece influențează activ sfera neuropsihică, accelerînd procesele de vindecare pe cale reflexă.

Ținînd cont de efectele terapeutice, deosebim : gimnastica respiratorie, gimnastica circulatorie, gimnastica abdominală, gimnastica pentru reeducarea neuromotorie, gimnastica articulară etc.

Aceasta se poate efectua atît în faza acută a bolii, cît și în convalescență sau chiar ca tratament de întreținere în ambulatoriu. Acest fapt impune respectarea unor norme de igienă corporală, a sălii de gimnastică și a mijloacelor utilizate, a microclimatului (temperatura aerului din încăpere 16—18°C, curățenie, aerare etc.). Se vor urmări cu atenție efectele tratamentului, întrerupîndu-se la apariția primelor neajunsuri (boală, oboseală, alte stări), controlul medical al eficienței făcîndu-se numai de medic.

Introducerea acestui medicament natural în terapia complexă este condiționată de regimul de tratament la care este supus bolnavul sau deficientul fizic. Astfel, în regimul de cruțare, de repaus absolut, cultura fizică medicală apare contraindicată, datorită stadiului sever al bolii ; în regimul de tratament, faza evolutivă a bolii, **cultura fizică medicală** își găsește locul fie prin aplicații nespecifice, reflexe, care contribuie la accelerarea vindecării, fie prin aplicații terapeutice specifice, cu rezultate bine precizate (asupra aparatului cardiorespirator, aparatului de susținere etc.) ; în regimul de tranziție, cultura fizică medicală devine superioară celorlalte terapii, accelerînd vindecarea anatomofuncțională. Uneori se poate ajunge și la aplicații terapeutice în cadrul unui așa-zis regim de antrenament, care se aplică unor vechi deficienți (sechele de poliomielită, diferite intervenții chirurgicale și ortopedice etc.) sau celor care vin în stațiuni de odihnă în timpul vacanțelor, urmărindu-se creșterea potențialului biologic.

Referindu-ne la tratamentul propriu-zis, în cadrul deficienţelor fizice, care urmăreşte efectele corective, acesta se efectuează numai la indicaţia medicului specialist în şcoli şi universităţi, centre sau servicii speciale pentru deficienţi fizici, organici sau psihici, sau chiar la domiciliu, cînd există condiţii. Mijloacele utilizate se referă la exerciţii de gimnastică corectivă, respiratorie şi abdominală, reeducare neuromotorie, masaj, jocuri dinamice, înot, canotaj, patinaj, turism, mers pe jos.

De acest tratament beneficiază : deviaţiile coloanei vertebrale (cifoze, lordoze, scolioze), torticolisul (gîtul strîmb), deficienţele toracice (consecinţa rahitismului din prima copilărie sau a unor boli căpătate ori a lipsei de exerciţiu respirator), piciorul plat dureros, debilitatea fizică, obezitatea, în general apanajul tinerilor.

Pe bună dreptate, putem afirma că această patologie este caracteristică vîrstelor tinere, cultura fizică medicală găsindu-şi indicaţii majore pentru corectarea unor deficienţe şi formarea unor tineri corect şi armonios dezvoltaţi.

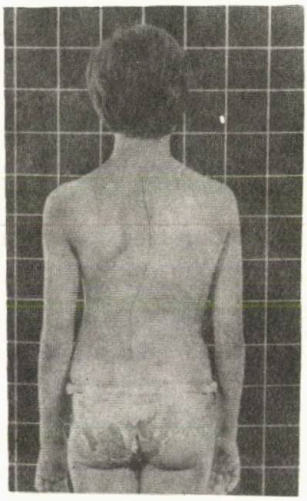


Fig. 1. — Copil în vîrstă de 11 ani, prezentînd în 1974 scolioză în S — dorsal superior dreaptă-lombar stîngă.

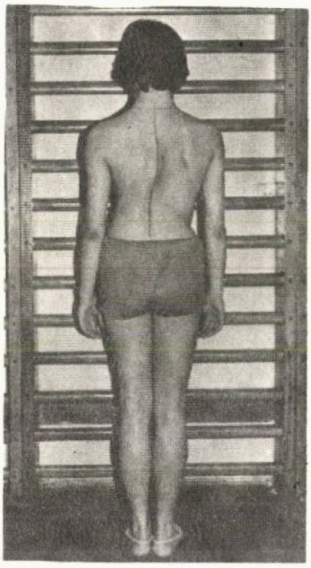


Fig. 2. — Acelaşi caz, în 1978, mult ameliorat după 4 ani de tratament prin cultură fizică medicală, efectuată la Centrul de medicină sportivă.

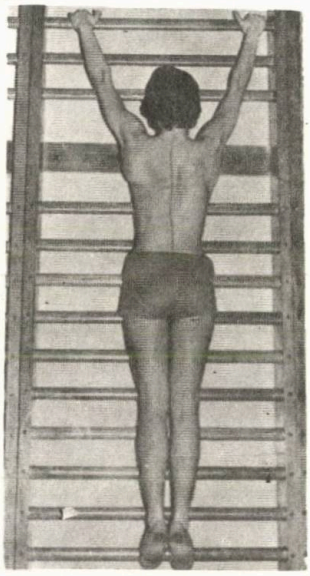


Fig. 3. — Acelaşi caz, în 1978, în hipercorecţie. Se observă tonificarea evidentă a musculaturii paravertebrale, care permite corecţia deficienţei.

Este necesar să menţionăm că rezultatele odată obţinute trebuie menţinute, trecîndu-se astfel la terapia de întreţinere, care la un moment dat se identifică cu exerciţiul fizic profilactic, factor de creştere a longevităţii şi a bunei stări psihofizice.

Numeroase boli din cadrul medicinii interne pot beneficia de acest medicament natural în diversele faze evolutive. Avem în vedere unele afecţiuni respiratorii (insuficienţe respiratorii, astmul bronşic, emfizemul pulmonar, tuberculoza pulmonară, convalescenţa după pneumopatii acute etc.), în care gimnastica respiratorie, înotul, mersul pe jos, exerciţiile de suflat la spirometru sau într-un balon, turismul, mersul pe bicicletă etc. îşi exercită cu prisosinţă bunele efecte. În unele boli cardiovasculare (pericardite, miocardite, infarct miocardic, hipertensiune arterială, varice, flebite etc.), gimnastica respiratorie, gimnastica vasculară, mersul pe jos, pe bicicletă, efortul dozat la bicicletă ergometrică, masajul, aproape au schimbat concepţia despre tratamentul acestor boli. Influenţat în modul cel mai spectaculos se dovedeşte azi infarctul miocardic (coronaropatia acută), în care locul imobilizării prelungite l-au luat mobilizarea precoce şi terapia fizicală recuperatorie, aducînd reale servicii bolnavului şi societăţii.

Ca mijloace terapeutice de cultură fizică medicală menţionăm : gimnastica vasculară, care acţionează asupra tonificării pereţilor vasculari pe cale reflexă sau directă, masajul, gimnastica respiratorie (antrenarea muşchiului cardiac şi a vascularizaţiei sale prin exerciţii de gimnastică respiratorie), gimnastica abdominală, vasculară etc.

Sînt cunoscute şi apreciate contribuţiile Şcolii medicale româneşti în introducerea şi aplicarea culturii fizice medicale în boala hipertonă, în special în stadiul

neurogen, ca și rezultatele obținute în reeducarea miocardului la bolnavii care au suferit de infarct miocardic, inițiate de Spitalul „Fundeni", la care colaborează și Centrul de medicină sportivă.

De asemenea, sînt cunoscute efectele favorabile ale acestei terapii fizicale în arterioscleroză, exercițiile fizice contribuind la mobilizarea grăsimilor și evitarea depunerii acestora pe pereții vaselor.

În intervențiile pe inimă și vase, kinetoterapia aplicată preoperator contribuie la o mai bună oxigenare a miocardului, o activare a circulației, facilitînd astfel actul operator. Postoperator, prin efecte trofice generale și locale, se grăbește procesul readaptării funcționale. Dealtfel, mobilizarea precoce a bolnavilor operați se înscrie ca una din măsurile terapeutice profilactice ale diverselor complicații, dintre care trombofilebitele apar ca extrem de grave. Așadar, în cadrul bolilor cardiovasculare, terapia prin mișcare se diferențiază printr-o aplicare preventivă și una curativă. La aceste mijloace se adaugă : mersul pe jos, mersul pe bicicletă, gimnastica sportivă, înotul, vîslitul, tenisul etc.

În unele situații, rezultatele oferite de kinetoterapie în cadrul așa-zisei reabilitări cardiovasculare sau al profilaxiei cardio- și vasculopatiilor sînt superioare celor oferite de medicamentele tonicardiace, care urmăresc tonificarea mușchiului cardiac și activarea circulației de întoarcere. Această terapie se aplică numai la indicația medicului specialist și sub continua supraveghere a kinetoterapeuților.

În unele boli ale aparatului digestiv (diskinezii biliare, gastroduodenale, constipații atone sau spastice, deficiențe secretorii sau de motilitate etc.) și tulburări abdominale (hipotonii ale musculaturii abdominale, obezitate etc.), gimnastica abdominală și respiratorie, mersul pe jos, înotul, mersul pe bicicletă, sporturile de iarnă, masajul aduc reale foloase terapeutice.

În reumatologie, gimnastica medicală și-a cîștigat mai de demult o binemeritată reputație. Astfel, în poliartrita cronică evolutivă, în localizările la nivelul coloanei (spondilite, spondiloze), în localizările monoarticulare etc., se beneficiază de gimnastică medicală (abdominală, respiratorie, flexii și extensii ale coloanei vertebrale, rotări ale trunchiului, mișcări în apă caldă la 32—36°, masajul, radiațiile solare, cure de teren etc.), care s-a dovedit, în unele situații, unicul mijloc terapeutic care a adus beneficii bolnavului.

În unele afecțiuni neuropsihice, cultura fizică medicală își are, de asemenea, un rol recunoscut. În hipotoniile și hipotrofiile musculare, hipertoniile musculare (consecința unor boli neuropsihice sau a unor imobilizări prelungite), pareze, hemiplegii, tetraplegii (după boli vasculare sau traumatice, infecțioase etc.), se asociază medicamentului propriu-zis, terapia fizicală de reeducare, în special kineziterapia în apă caldă (gimnastica de reeducare neuromotorie), care, pe lîngă efectele locale trofice și metabolice, exercită și efecte reflexe la distanță, influențînd favorabil psihismul bolnavului.

Ortopedia este, poate, prima dintre disciplinele medicale care a acceptat gimnastica medicală în arsenalul său terapeutic. Fie că este vorba de o imobilizare în aparat gipsat, fie că nu, agenților fizici li se asociază mișcarea și masajul, sub forma gimnasticii articulare, mecanoterapiei, gimnasticii neuromusculare, a masajului progresiv etc., factori ce grăbesc vindecarea anatomică și recuperarea funcțională. Gimnastica medicală aplicată postoperator în chirurgie crește tonusul general al operatului, grăbind astfel cicatrizarea și convalescența și, în același timp, contribuind, prin mobilizarea precoce, la evitarea unor complicații extrem de redutabile (embolie, flebite, insuficiență respiratorie etc.).

În general, aceste aplicații se adresează adulților, patologia enunțată fiind apanajul acestei vîrste.

Vîrsta înaintată, caracterizată prin afecțiuni cronice degenerative, localizate în special la nivelul aparatului de susținere sau cardiovascular, metabolic și respirator, poate beneficia de acest medicament în scop de întreținere și activare a circulației, respirației și metabolismului. La această vîrstă, cultura fizică medicală pare a fi medicația de elecție, cea mai puțin agresivă pentru bolnav.

Apreciind valoarea acestei terapii, limitele și indicațiile, contraindicațiile, mijloacele și dozarea lor, constatăm că arsenalul terapeutic se îmbogățește necontenit cu noi mijloace eficace de vindecare și corecție, pe care însă trebuie să le acceptăm conștient, pentru a ne putea bucura de efectele lor.

Știința a demonstrat de multă vreme eficiența acestora, iar practica medicală ne oferă zilnic argumente pozitive în acest sens.

Depinde numai de noi, medici și bolnavi, să facem din acest medicament un aliat prețios în lupta pentru sănătate, armonie psihofizică și longevitate !

anomaliile dento-maxilare

Viorica Milicescu

Doctor în ştiinţe medicale,
Clinica de stomatologie infantilă,
Facultatea de stomatologie, Bucureşti

Aspectele reclamate cel mai frecvent de către părinţii care se prezintă cu copiii în serviciile de ortodonţie (*orthos* = drept, *dons, dontis* = dinte) sînt acelea de dinţi strîmbi sau de lipsă de spaţiu pentru erupţia unui dinte permanent. Foarte puţini ştiu însă că, în majoritatea cazurilor, nu este vorba doar despre o tulburare strict locală la nivelul unuia sau mai multor dinţi, ci despre o tulburare complexă, la care iau parte — în proporţii diferite — dinţii ambelor maxilare, arcadele alveolare superioare şi inferioare (zona osoasă în care se implantează rădăcinile osoase şi care se formează odată cu erupţia dinţilor şi dispare treptat după extracţia dinţilor permanenţi), precum şi maxilarul superior sau cel inferior. Tulburarea echilibrului în dezvoltarea diverselor componente enumerate anterior poartă denumirea de anomalie (disarmonie) dento-maxilară. Anomalia este posibilă datorită faptului că fiecare zonă are o dezvoltare independentă, dirijată de factori specifici, care pot determina, în anumite situaţii, o creştere în exces sau în deficit faţă de limitele normale.

Raporturile existente între cele două maxilare, la nivelul dinţilor (ocluzia), se modifică, dinţii maxilarului superior nemaicircumscriind pe cei inferiori. Uneori, între dinţii superiori şi cei inferiori apare o lipsă de contact (ocluzie deschisă) ; alteori însă, există o acoperire prea mare a celor inferiori de către cei superiori (ocluzie adîncă).

Aspectul clinic dizgraţios pe care-l prezintă copiii purtători de anomalii variază în funcţie de gravitatea anomaliei şi de factorul declanşant. Tulburarea cel mai frecvent semnalată este cea fizionomică, care determină uneori şi modificări în comportamentul copiilor, cauzate cel mai adesea de poreclele care le sînt atribuite de ceilalţi copii. Mai apar, dar nu întotdeauna observate de familie, tulburări masticatorii cu consecinţe în sfera digestivă şi uneori chiar de vorbire. Cu vîrsta însă, anomaliile se agravează şi se complică. La adolescenţă şi curînd după aceasta, dinţii se distrug progresiv prin procese carioase, instalîndu-se treptat şi îmbolnăvirea elementelor de susţinere a dinţilor — paradentoza.

Frecvenţa anomaliilor dento-maxilare în populaţia infantilă actuală este îngrijorătoare, ajungînd la aproximativ 70%, ceea ce impune atenţionarea factorilor cauzali, care de foarte multe ori pot fi înlăturaţi sau atenuaţi de către părinţi, cadre didactice şi supraveghetori, contribuind astfel la prevenirea şi profilaxia anomaliilor dento-maxilare.

Anomaliile dento-maxilare sînt generate de o multitudine de factori generali şi locali. Dintre aceştia, *factorii generali* nu constituie foarte frecvent cauza unor anomalii. Se cunosc o serie de boli ereditare cu manifestări în sfera facială, cum sînt : buza de iepure, despicăturile de boltă palatină (gura de lup), mongolismul, sindromul Turner etc. Dar există şi o serie de anomalii care se moştenesc frecvent. Dintre acestea fac parte : prognaţia inferioară anatomică (creşterea exagerată a maxilarului inferior), cu aspectul neplăcut, voluntar, al copilului, ocluzia adîncă, acoperită (dinţii superiori acoperă complet pe cei inferiori), la care, în formele grave, partea inferioară a feţei este mult redusă.

O serie de tulburări în dezvoltarea maxilarelor, alveolelor şi dinţilor, se datoresc unei alimentaţii incorecte din care lipsesc unele principii alimentare şi mai ales vitamine (A, C, D). În formele grave, rahitismul poate să producă defecte structurale ale dinţilor permanenţi (ciupirea dinţilor cu modificări de culoare), care se însoţesc şi de tulburări de creştere ale alveolelor şi maxilarelor în zona anterioară, realizînd ocluzia deschisă, prin care proemină limba.

La toate aceste cauze se mai adaugă şi hipo- sau hipersecreţia unor glande endocrine (hipofiza, tiroida, glandele sexuale), care produc, de asemenea, anomalii dento-maxilare, uneori destul de severe, însoţite şi de tulburări de creştere.

În toate anomaliile în care factorii generali joacă un rol declanşator, prezentarea cît mai urgentă la medic are o deosebită importanţă, deoarece permite instituirea unui tratament precoce, în care colaborarea strînsă dintre medicul ortodont, endocrinolog, pediatru şi genetician are un rol preponderent.

O multitudine de cauze ale anomaliilor dento-maxilare sînt legate de *factori locali*. Astfel, traumatismele minore ale regiunii faciale ca, de exemplu, o cădere de pe pat a unui copil mic, pot duce la distrugerea unei zone de creştere, ce se face observată abia după cîţiva ani.

Infecţiile din jurul maxilarelor sau cele pornite de la dinţi pot, de asemenea, afecta zonele de creştere, cu consecinţe asemănătoare celor discutate anterior.

Pierderea precoce a dinţilor de lapte poate să constituie o cauză a producerii anomaliilor dento-maxilare. Este important să menţionăm că există concepţia profund greşită de a nu se trata dinţii de lapte (temporari), deoarece se vor schimba cu cei permanenţi. Trebuie ştiut însă că, o parte din dinţii temporari rămîn pînă la 11 ani pe arcade, timp în care au de îndeplinit o funcţie masticatorie importantă, menţinînd echilibrul intermaxilar. Şi procesele carioase, care pe lîngă suferinţele fizice ale copilului şi complicaţiile ce pot fi uneori foarte grave, duc treptat la pierderea dinţilor temporari, ceea ce favorizează modificarea de poziţie a dinţilor vecini şi a celor de pe maxilarul opus. Se produce astfel o blocare în mişcările maxilarului inferior, cu apariţia ulterioară a unor tulburări la nivelul circulaţiei temporo-mandibulare, iar spaţiul pentru erupţia dinţilor permanenţi se micşorează, aceştia erupînd rotaţi, înghesuiţi sau în afara locului respectiv.

Dar cele mai frecvente cauze ale anomaliilor dento-maxilare par a fi cele legate de *obiceiurile vicioase*. Astfel, respiraţia orală este considerată obicei vicios atunci cînd copilul a fost operat de vegetaţii (polipi) şi deci nu există nici un obstacol pe nas care să-l împiedice să respire corect. Menţinută mult timp, respiraţia orală produce modificări grave ale aspectului facial, ale maxilarelor şi chiar tulburări intelectuale. Faţa este palidă, cu umerii obrajilor şterşi, nasul este pensat, cu nările nedezvoltate. Buzele aspre, crăpate, uneori chiar sîngerînde, sînt întredeschise, lăsînd să se vadă dinţii. Acest aspect atenţionează pe unii părinţi, dar necunoscînd consecinţele respiraţiei bucale, încercarea de dezobişnuire nu se face sistematic şi insistent. Datorită gurii întredeschise, obrajii apasă pe alveole şi pe dinţi, realizîndu-se o îngustare a acestora. Această modificare este agravată şi de faptul că, odată cu deschiderea gurii, limba nu mai vine în contact cu bolta palatină (cerul gurii) şi nu se opune acţiunii obrajilor. Ceva mai mult, jetul de aer trecînd prin gură sapă bolta palatină, pe care o adînceşte. Dinţii frontali sînt anteriorizaţi, deoarece nu mai sînt ţinuţi de buze. Între cele două maxilare, echilibrul se modifică, ocluzia (muşcătura) se dezechilibrează.

Astfel, ceea ce se încearcă a se corecta sporadic cu „închide gurita puişor că nu-i frumos" este un lucru foarte important, care nerealizînd corectarea respiraţiei, declanşează dezechilibre importante în elementele constitutive ale feţei. Acest lucru obligă familia şi colectivităţile la o supraveghere atentă a respiraţiei copiilor, atît în timpul activităţilor, dar mai ales în somn, cînd, dispărînd aspectul educativ, copilul revine la micul său viciu. Reeducarea respiraţiei, gimnastica corectă şi, în unele cazuri, ajutorul medicului ortodont evită apariţia unei anomalii dento-maxilare.

Un alt obicei vicios foarte frecvent întîlnit la copii este acela de interpunere de obiecte între arcade. Cel mai frecvent obiect interpus este degetul, în foarte multe variante şi cu efecte, bineînţeles, variate. Aspectul realizat de tulburările aparatului dento-maxilar în acest caz este asemănător cu cel descris la respiraţia orală, la care se adaugă vestibularizarea marcată a incisivilor superiori şi împingerea înapoi a maxilarului inferior, modificări produse de degetul supt, care joacă rol de pîrghie între maxilare. Ocluzia se dezechilibrează în sensul deplasării posterioare a mandibulei şi al apariţiei unei lipse de contact între incisivii superiori şi cei inferiori.

Şi în cazul sugerii degetului, c supraveghere atentă, chiar de la instalarea obiceiului, mai ales în etapele de semisomn sau atunci cînd copilul se crede nesupravegheat, evită sau rezolvă incipient instalarea anomaliei. Desigur că pe lîngă munca de educaţie, mici ajutoare ca : purtarea de mănuşi, coaserea mînecilor pijamalei, ungerea degetelor cu substanţe neplăcute la gust ajută mult la decondiţionarea obiceiurilor.

Tot în seria obiectelor interpuse între arcade se numără şi aplicarea limbii între arcadele dentare în zona anterioară, la care se adaugă proeminarea acesteia în timpul înghiţirii. Se realizează astfel o ocluzie deschisă anterior (beanţă incisivă), prin nedezvoltarea osoasă în această zonă. În atare situaţie, corectarea prin educaţie, cu obişnuirea copilului de a înghiţi cu limba dusă înapoia incisivilor superiori, iar în repaus să nu o mai interpună interdentar, este mai dificilă şi necesită colaborarea cu specialistul.

Obiectele care pot fi interpuse între arcade sînt tot atît de multiple ca şi mo-

durile : colțul pernei, gulerul pijamalei, cravata de pionier, creionul, guma, dosul mîinii etc.

O ultimă categorie de obiceiuri vicioase, care determină modificări ale dezvoltării simetrice faciale, o constituie atitudinile incorecte, cum ar fi : statul cu fața sprijinită în pumn la lecții, la școală, la televizor, ca și dormitul cu capul sprijinit pe pumn. Obișnuința de a dormi cu multe perne sub cap, în flexie, favorizează creșterea în exces a maxilarului inferior (prognația inferioară), iar dormitul cu capul în extensie, din contra, diminuează potențialul de creștere a maxilarului inferior (retrognația inferioară).

Supravegherea, educarea și reeducarea copiilor în perioada 2—8 ani pot reduce simțitor numărul anomaliilor dento-maxilare de cauză funcțională.

AFORISME

PATRIA

● *Nimic nu este mai dulce decît patria și părinții, atunci cînd ești departe, printre oameni străini, despărțit de ai tăi, chiar dacă acolo locuiești într-o casă plină de bunuri desfătătoare.*

(HOMER)

● *Nu există nenorocire mai mare decît pierderea patriei.*

(EURIPIDE)

● *Dulce și frumos este să mori pentru patrie.*

(HORAȚIU)

● *Nu poți lua patria cu tine, pe tălpile pantofilor.*

(DANTON)

● *Iubirea de patrie începe din familie.*

(BACON)

● *Respectă patria oricărui om, dar pe a ta iubește-o.*

(KELLER)

● *Cît de scumpă este patria tuturor sufletelor nobile !*

(VOLTAIRE)

● *Patria se cheamă norodul, iar nu tagma jefuitorilor.*

(TUDOR VLADIMIRESCU)

● *Fără patrie nu se poate închipui existența de națiune și fără națiune patria e numai un cuvînt deșert.*

(NICOLAE IORGA)

CINSTEA

● *Cînd ești cinstit, te-alegi numai cu laude.*

(JUVENAL)

● *Să te încrezi mai mult în cinstea unui om decît în jurămîntul lui.*

(SOLON)

● *Cel mai scurt drum spre onoare este de a fi ceea ce dorești să pari.*

(SOCRATE)

● *O bună educație este izvorul și temelia cinstei.*

(PLUTARCH)

● *Cine nu prețuiește cinstea disprețuiește virtutea.*

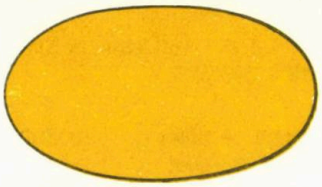
(GRACIAN)

● *Mai bine moartea în cinste, decît viața cu amar și ocară.*

(NEAGOE BASARAB)

Culese de pioniera **Claudia Gheorghe**
cl. a VI-a,
Liceul nr. 1 de filologie-istorie

nevralgia facială



Descrisă încă de pe vremea lui Hipocrate, apoi în secolul al X-lea de către Avicena, nevralgia facială reprezintă un sindrom dureros al regiunii buco-maxilo-faciale, deci o suferință însoțită de dureri în regiunea feței. Ce înțelegem prin termenul de nevralgie? Nevralgia reprezintă o durere persistentă localizată de-a lungul unuia sau mai multor nervi cranieni sau spinali. Dintre nervii cranieni aflați în această regiune, un loc aparte îl ocupă nervul trigemen, care inervează un vast teritoriu, cuprinzînd: pielea feței, mucoasa gurii, a nasului și a sinusurilor, mușchii mobilizatori ai mandibulei, o parte din musculatura limbii, o parte a musculaturii vălului palatin, precum și dinții cu țesutul înconjurător parodontal. Orice nevralgie care interesează una din ramurile nervului trigemen poartă denumirea de nevralgie de trigemen sau, după denumirea mai veche, nevralgie facială. Boala se manifestă la început printr-o alterare a sensibilității, care împiedică transmiterea normală a impulsurilor nervoase, fapt care duce la apariția unei senzații de amorțeală în zona respectivă, neplăcută pentru pacient. Urmează instalarea nevralgiei propriu-zise, caracterizată prin crize dureroase cu efect fulgerător, de o mare intensitate, exasperante, avînd o durată la început scurtă, de 30—90 de secunde, urmate de perioade de acalmie completă, pînă la apariția următoarei crize. Suferința este de obicei de o singură parte a feței și nu este însoțită de febră, ceea ce denotă că nu este vorba de un proces inflamator. Crizele dureroase sînt însoțite de roșeața obrazului de partea respectivă, de mărirea pupilei, lăcrimare, abundentă secreție salivară și de mucus din narina de partea bolnavă. Apar, de asemenea, contracții spastice ale mușchilor mimicii și uneori transpirație, chiar la cele mai ușoare mișcări ale mușchilor feței, fapt care-l face pe suferind să-și mențină fața într-o totală inerție. Pe măsură ce suferința se învechește, crizele apar tot mai des, devenind continue.

O altă nevralgie este nevralgia nervului facial, care se observă în general la tineri, durerile apărînd brusc și fulgerător, cu iradieri în urechea de partea respectivă. Nevralgiile de acest fel, avînd o origine dentară, se observă la persoanele care își neglijează îngrijirea dinților și la care cariile devin profunde, lucru ce antrenează după sine o iritație a pulpei dentare și care duce, în timp, la instalarea și la permanentizarea nevralgiei faciale.

Trebuie menționat faptul că unele leziuni, chiar neînsemnate, la nivelul dinților, pot determina de multe ori dureri chinuitoare la nivelul limbii, aceasta datorită faptului că limba are cea mai fină sensibilitate tactilă din organism. Durerile de la nivelul limbii pot fi generate de existența unor margini ascuțite ale cariilor, de lucrările protetice defectuoase, ca și de prezența unor lucrări dentare confecționate din metale diferite, capabile să producă curenți galvanici. Alimentele fierbinți sau prea condimentate pot și ele să genereze crize dureroase la limbă. De asemenea, anumite boli generale localizate la nivelul feței, cum ar fi artritele reumatismale sau periarterita nodoasă, pot provoca dureri în regiunea respectivă.

Pentru a preîntîmpina asemenea neajunsuri, care, după cum am arătat, pot fi generate de carii complicate, de resturi de rădăcini dentare, care se pot infecta cronic, se va proceda la asanarea cavității bucale și la un control riguros efectuat de către stomatolog o dată la 6 luni. În faza inițială, tratamentul acestor suferințe constă din aspirină și piramidon, sau se pot folosi agenți fizici — ultrascurte, ultraviolete, razele X sau acupunctura, desigur toate acestea numai la recomandarea medicului.

Iată, așadar, numai una din neplăcutele surprize pe care le poate da banala și arhicunoscuta carie, atunci cînd este tratată cu indiferență.

Dr. **FLORIN COLONAȘ**
medic specialist stomatolog

Dr. VALENTIN FILIP
Centrul de imunologie-alergologie

ce este atopia?

În 1863, Salter descria „cazul curios" al unui englez care declanșa crize de astm violente cînd se găsea în apropierea unei pisici, iar dacă se întîmpla să fie zgîriat de aceasta, locul zgîrieturii suferea o puternică reacție inflamatorie. Zece ani mai tîrziu, un caz similar a fost descris de Barkley : criză de astm, rinită, lăcrimare în contact cu polenul ; locul unde pielea era frecată cu polen se inflama violent. Iarna și toamna, cînd acesta nu exista în atmosferă, bolnavul nu manifesta nici un semn de boală. Începînd de la această dată, observațiile de acest fel devin din ce în ce mai frecvente. Se ajunge astfel la concluzia că pentru o categorie de oameni modalitatea de a reacționa față de mediul înconjurător este alta decît la majoritatea indivizilor. Astfel, în timp ce pentru majoritatea oamenilor prezența unei pisici nu înseamnă nimic, pentru un anumit grup de oameni perii de pisică devin intolerabili, provocînd manifestări de boală. Cu polenul, situația este asemănătoare : pentru o categorie restrînsă de indivizi, el declanșează pe întreaga perioadă de primăvară și vară, atît timp cît există în atmosferă, un șir de suferințe adesea foarte greu de suportat.

Von Pirquet definește, la începutul secolului, această stare de reactivitate schimbată „alergie" (*alos* însemnînd în grecește deviație de la starea normală, iar *ergos*, mod de reacție).

Oamenii de știință, medici și cercetători, încep să fie preocupați de acest fel deosebit de reactivitate față de mediul înconjurător. Observațiile devin din ce în ce mai precise. Încetul cu încetul se desprind o serie de boli ca : rinita, astmul, febra fînului, eczema copiilor, urticaria, care se întîlnesc la familii întregi și care par să fie produse prin același mecanism. Începe să se contureze din ce în ce mai clar că majoritatea bolnavilor cu boli alergice au părinți sau copii care manifestă semnele unei boli asemănătoare. Este evident că în transmiterea din generație în generație a acestor boli intervine un factor ereditar genetic.

Așa se face că în 1923 este introdusă de către Coca și Cooke o nouă noțiune, aceea de „atopie", în scopul de a desemna toate manifestările alergice care se transmit ereditar sau se succedă la același individ, în diferite epoci ale vieții sale. Acest fapt este valabil și astăzi, deoarece se pot observa destul de frecvent situații în care tatăl sau mama suferă de astm bronșic la praf de casă, iar copilul are febra fînului sau o altă boală alergică.

Toate substanțele care provoacă o reacție alergică s-au numit alergene și ele pot fi extrem de diverse : polen, praf de casă, mucegaiuri, peri de animale, *Daphnia* etc. În contact cu aceste alergene, organismul bolnavului atopic produce așa-numiții anticorpi strict specifici, capabili să se unească cu alergenul care a provocat formarea lor sau cu substanțe foarte asemănătoare ca formulă chimică. Studii deosebit de laborioase pun în lumină o serie de caractere distincte ale acestor anticorpi. Poate cea mai caracteristică trăsătură a lor este aceea că se combină deosebit de selectiv numai cu alergenele care au incitat formarea lor. O altă caracteristică este aceea că pot fi transmise de la un bolnav atopic la omul sănătos odată cu serul bolnavului. În această privință, un exemplu clasic este acela al celor doi oameni de știință, Prausnitz și Küstner, a căror experiență a servit multă vreme ca un test pentru depistarea bolnavilor alergici.

În 1967, aproape concomitent, fără să știe unul de altul și prin metode absolut diferite, doi cercetători, unul japonez (Ishizaka) și altul suedez (Johanshon), au descoperit grupa de anticorpi denumiți ulterior imunoglobulinele E.

Cercetările care au urmat acestei descoperiri au arătat că la atopici acești anticorpi sînt în cantități mari în sînge și mai

ales pe celulele anumitor organe. Acești anticorpi se nasc la incitația alergenelor, substanțe indiferente pentru omul normal, dar nu și pentru cei al căror organism are „defectul" de a produce în exces imunoglobulinele E.

Anticorpii se unesc cu antigenele care „invadează" organismul. Cuplarea lor declanșează un sistem de alarmă deosebit de zgomotos. Celulele pe care are loc această cuplare antigen-anticorp încep să elibereze histamină, serotonină și alte substanțe responsabile de ceea ce numim manifestări alergice (criza de astm, urticaria, rinita etc.).

Adesea sîntem întrebați de părinții alergici care este riscul de a transmite boala la copiii lor ? Statisticile arată că dacă amîndoi părinții sînt alergici, riscul ca descendenții să facă boli alergice este de 75%. La acești copii apariția manifestărilor este foarte timpurie, maximum de incidență fiind în jurul vîrstei de 5 ani. Un singur părinte alergic transmite un risc de numai 50% descendenților. Apariția bolii alergice la copii, în acest caz, atinge un nivel maxim la pubertate. Chiar dacă amîndoi părinții sînt aparent nealergici, descendenții se pot îmbolnăvi în proporție de 10—20%, dar boala alergică în acest din urmă caz își face apariția în jurul vîrstei de 30 de ani. Deci, cu cît alergia se manifestă la o vîrstă mai tînără, cu atît ereditatea acestor copii pare să fie mai încărcată.

De fapt, ceea ce se moștenește nu este boala alergică și nici alergia la anumite substanțe, ci tendința de a deveni alergic. Or, această tendință poate fi prevenită, în mare măsură.

CHIULANGIUL

E ca un munte printre noi
Și sănătos, să dai în el cu tunul,
Dar ce folos că e voinic cît doi,
Cînd nu muncește nici cît unul !

TÎNĂRA GOSPODINĂ LA LIBRĂRIE

— Aveți și cărți de preparat bucate ?
— Avem ediții noi, nenumărate !
— Perfect, chiar asta căutam,
Vă rog să-mi cîntăriți un kilogram !

ÎNTRE COLEGI

De un timp, colegul meu
Mă tot laudă mereu.
Gestul lui abil nu-mi scapă,
Sînt convins că iar mă sapă.

REFLEX CONDIȚIONAT

Toată viața lui, se jură,
N-a pus strop de apă-n gură,
Dar cînd vede o cinzeacă
Ce-i mai lasă gura... apă.

UNUI POET BAHIC

Unii cînd scriu poezii
Sînt inspirați de galaxii.
El cînt scrie poezele
Îi ajung numai... cinci stele.

PERSONALITATE

Se tot laudă Stamate
Că-i un om și jumătate,
Fiindcă de un an de zile
A trecut suta de chile.

Ștefan Balaci

alergia nazosinuzală

În ultima perioadă de timp bolile alergice cunosc o răspîndire din ce în ce mai largă, interesînd întregul organism uman.

Deşi în prezent se remarcă această recrudescenţă a manifestărilor alergice, totuşi se ştie că alergia nu este o boală recentă, o descoperire a ştiinţelor medicale din ultimele decenii, ci are o istorie mult mai îndepărtată.

Sub denumirea de alergie se descriu o serie de reacţii bizare, anormale, care apar în urma sensibilizării organismului cu diferite alergene. Aceste reacţii se cunosc încă din antichitate, iar denumirea de idiosincrazie dată acestor manifestări a fost formulată pentru prima oară de către Ptolomeu Dioscoride. De asemenea, Galien denumea idiopatie, intoleranţa la laptele de capră. Astmul este descris pentru prima dată de către marele medic al antichităţii Hipocrate, iar poetul latin Lucretius, în poemul său „De rerum natura", foloseşte şi el noţiunea de idiosincrazie.

Denumirea de alergie este folosită de-abia în anul 1903 de către autorul austriac von Pirquet.

Cauzele alergiei nu sînt încă bine definite şi în legătură cu această problemă persistă două concepţii diferite : o concepţie largă, care încearcă să includă în acest cadru toate reacţiile diferite ce apar în afara celor obişnuite, considerînd alergia drept o reacţie biologică, de apărare normală, şi care poate deveni explozivă din timp în timp. În legătură cu această concepţie, autorul francez Darierre consideră că alergia este viaţa.

O a doua concepţie atribuie însă alergia unei reacţii brutale a unui teren predispus, care apare în urma conflictului ce se produce între antigen şi anticorp.

Antigenele sînt, în general, proteine care pot pătrunde în organism prin inhalaţie (pneumoalergene) sau prin alimentaţie (trofalergene), în timp ce anticorpii sînt substanţe umorale de apărare, care se produc în organism după introducerea alergenelor.

Criza alergică se produce atunci cînd alergenele intră în contact cu anticorpii fixaţi anterior pe mucoasa unui organ de şoc, cum este, de exemplu, mucoasa sinuzală, rezultînd un conflict antigen-anticorp cu eliberare de histamină.

Crizele alergice pot fi provocate şi de alţi factori nespecifici, cum sînt : stări de stres, factori hormonali (menstruaţie, sarcină, menopauză), factori sezonieri (polen, toamnă, primăvară), schimbări de presiune atmosferică (frig, curenţi de aer, căldură, lumină) etc.

În ceea ce priveşte alergia nazosinuzală, ea se poate manifesta sub forma de rinite spasmodice, care au o evoluţie periodică sau aperiodică, prezentînd următoarea simptomatologie : strănut, secreţie nazală, obstrucţie nazală cu jenă respiratorie, toate aceste simptome avînd un caracter paroxistic, adică apar în crize şi în fiecare an la o dată fixă.

Obstrucţia nazală provoacă o jenă respiratorie accentuată şi, în cazul în care nu se aplică un tratament corespunzător alergiei, pot să apară complicaţii grave, cum ar fi astmul bronhopulmonar.

În afara alergiei propriu-zise, mai există şi aşa-zisa alergie microbiană, determinată de o serie de microbi.

Deoarece mucoasa care căptuşeşte fosele nazale este asemănătoare cu aceea de la nivelul sinusurilor paranazale, rinitele alergice se complică întotdeauna cu sinuzite alergice. Ca şi rinitele, sinuzitele pot fi şi ele pur alergice sau alergoinfecţioase.

Sinuzitele alergice sînt de obicei latente şi cu toate că provoacă o obstrucţie accentuată a orificiilor de deschidere a sinusurilor, bolnavii suferă puţin, prezentînd ca simptome mai importante o uşoară senzaţie de tensiune frontală sau maxilară. Durerile şi rinoreea (scurgerea nazală) sînt de obicei unilaterale. Examenul radiologic este cel care clarifică diagnosticul, arătînd o modificare a clarităţii mucoasei sinuzale, o îngroşare a acesteia, o imagine neomogenă.

Bolnavii cu rinosinuzite alergice sînt în general dificil de tratat şi nu se poate preciza o schemă fixă de tratament, deoarece fiecare caz prezintă anumite particularităţi. În principiu, se recomandă efectuarea unei desensibilizări specifice, prin introducerea unor microdoze de alergene, în scopul de a mări toleranţa alergicului la alergenul respectiv. Acest tratament impune însă o atenţie şi o competenţă deosebite.

În afara acestei metode terapeutice, se recurge la un tratament general nespecific, care vizează modificarea terenului alergic şi care cuprinde numeroase metode asociate între ele : autohemoterapia, corticoterapia, antibioterapia, în cazul în care există o rinosinuzită alergică nespecifică, precum şi psihoterapia, la bolnavii care prezintă fenomene nevrotice provocate de tenacitatea şi persistenţa afecţiunii alergice.

O importanţă deosebită acordăm tratamentului local de specialitate, care vizează înlăturarea aşa-ziselor spine iritative, cum sînt : deviaţiile de sept, crestele septale, rinitele cronice hipertrofice, polipii nazali etc.

Tratamentul chirurgical se va efectua numai în urma unor indicaţii foarte judicioase, în funcţie de vechimea şi intensitatea bolii, de starea leziunilor nazosinuzale, de infecţia supraadăugată rinosinuzală, de vîrsta, modul de viaţă, psihicul, ocupaţia bolnavului.

Deoarece alergia nazosinuzală poate determina apariţia astmului bronşic, tratamentul se va efectua în colaborare cu medicul internist.

Un rol important îl au însă şi curele cu ape termale, sulfuroase, curele heliomarine.

Prof. dr. Dănilă Cincă
Şeful clinicii O.R.L., Spitalul „Colţea"

·curiozi tăţi·

...Domenico Cotugno (1736—1822) a fost primul clinician care a remarcat fenomenul de albuminurie (prezenţa albuminei în urina bolnavilor). Acesta a afirmat că urina unor bolnavi cu afecţiuni ale aparatului urinar conţine o substanţă asemănătoare cu serul sanguin. Faptul a fost consemnat, printre altele, într-o lucrare consacrată nevralgiei sciatice, deoarece cercetătorul italian a considerat că observaţia sa nu are o valoare deosebită care să-i legitimeze publicarea într-o lucrare specială.

...S-au realizat măşti chirurgicale care au proprietatea să reţină cca 99% din microorganismele bacteriene. Aceste măşti se compun din două straturi de materiale textile, separate printr-un strat de vată de sticlă prevăzută cu o uşoară încărcătură electrostatică.

...Efectul favorabil al urcatului zilnic al scărilor din clădirile înalte asupra sănătăţii persoanelor trecute de 35 de ani este tot mai des confirmat. Numeroase teste întreprinse cu rigurozitate ştiinţifică pe loturi de oameni care nu practică, de regulă, alte exerciţii fizice, demonstrează că după numai cîteva luni, parametrii fiziologici cardiovasculari se instalează în limite mult mai favorabile la persoanele care au urcat cu conştiinciozitate scările comparativ cu cei care au folosit, în mod curent, liftul.

...Persoanele cărora le place cafeaua filtru poate că nu ştiu că inventatorul aparatului de preparat cafea tip „expres" a fost milanezul Luigi Bezzera, care şi-a prezentat creaţia sa, pentru prima dată, în cadrul expoziţiei universale deschise la Milano în anul 1906.

...În ultima sută de ani au dispărut de pe suprafața pămîntului, din diferite cauze, mai mult de 70 de specii de mamifere și păsări. Specialiștii afirmă că pericolul dispariției definitive amenință alte peste o mie de specii.

...Se apreciază că atunci cînd într-o familie unul dintre părinți suferă de alergie, în 20% din cazuri copiii acestora vor prezenta fenomene alergice. Procentul se dublează atunci cînd ambii părinți sînt alergici.

...Numai 2% din populația existentă pe glob la începutul secolului XIX (circa un miliard de oameni) trăia în localități de tip urban, din care doar 50 depășeau 100 000 de locuitori. Se consideră că în anul 2000, locuitorii orașelor vor reprezenta aproximativ jumătate din populația totală a lumii, estimată la 6,5—7 miliarde de persoane.

...Invenția mănușilor chirurgicale de cauciuc este rezultatul unei idile între William Stewart Halsted, profesor de chirurie la Baltimore, și frumoasa sa infirmieră șefă, Caroline Hampton. Această tînără suferea de o eczemă a mîinilor, ceea ce îi crea anumite dificultăți în exercitarea atribuțiilor de serviciu. Preocupat de aflarea unui mijloc de protecție a delicatelor mîini ale Carolinei, profesorul Halsted a imaginat mănușile subțiri de cauciuc, care au contribuit la vindecarea eczemei profesionale a infirmierei și au intrat în folosința tuturor chirurgilor din lume.

...Galien (130—205 e.n.), celebrul savant din vechime, pionier al medicinii experimentale, care la vîrsta de 29 ani era medicul gladiatorilor din Pergam, deși n-a disecat decît cadavre de animale, a fost unul dintre primii mari anatomiști din istoria medicinii.

...Deoarece populația urbană se mărește cu 4% pe an, în timp ce rata creșterii populației planetei, în general, este de 1,9—2%, rezultă că pentru asigurarea fondului locativ necesar viitorilor locuitori ai orașelor va trebui ca în următorii aproximativ 30 de ani să se construiască aproape tot atîtea locuințe cîte s-au realizat în întreaga istorie a omenirii.

...Specialiștii consideră că dacă nu s-ar proceda în mod sistematic la pulverizarea plantațiilor citrice cu substanțe chimice active împotriva dăunătorilor, cca 50% din producția mondială a acestora ar fi compromisă.

Printre substanțele utilizate împotriva dăunătorilor, un loc principal îl ocupă organofosforicele, existînd și tendința întrebuințării tot mai frecvente, în acest scop, a agenților biologici, ceea ce evită poluarea chimică a mediului.

...Pentru femeile tinere, portul corsetului este contraindicat, deoarece contribuie la slăbirea musculaturii abdominale, fără să ajute la reducerea stratului de grăsime, a cărui mascare se încearcă. Corsetul poate fi substituit de practicarea sistematică a gimnasticii, care evită depunerea inestetică a grăsimii.

...Un rozător de talie mică, hîrciogul, a cărui inimă bate de 600 de ori pe minut în condiții normale, ajunge în timpul hibernării să-și reducă ritmul cardiac la 6 bătăi pe minut.

...Frecvența mai mare a cancerelor vezicii urinare la fumători față de nefumători se explică, după părerea dr. A. Kerr și a colaboratorilor săi, prin faptul că în urina fumătorilor se găsesc cantități crescute de ortoaminofenoli, substanțe cunoscute pentru efectele lor cancerigene.

Dr. Victor Perminov

RONDELURI HIPOCRATICE

rondelul unui bolnav închipuit

Îl vezi mereu la cabinet,
Cerșind scutire medicală.
Cu medicii stă la tocmeală,
Insistă, chiar dacă-l reped.

Uneltele își lasă-n hală
Și pleacă-ncetișor, discret.
Îl vezi mereu la cabinet,
Cerșind scutire medicală...

Colegii săi, muncind concret,
Sporesc producția globală.
El, după orice zaiafet,
Își născocește cîte-o boală...

Și-l vezi mereu la cabinet...

umoroterapie

MOTO : Medicamentul nu are umor,
dar umorul are mult medicament.

(PROVERB ENGLEZ)

Ne spune un proverb englez
Că cel mai bun medicament,
Cu spectru larg și-eficient,
E chiar umorul. Garantez !

Umorul este permanent
Un leac, pe care eu contez.
Ne spune un proverb englez
Că-i cel mai bun medicament...

Subscriu și eu acestui crez.
Rămîne acul, evident,
Hotărîtor în tratament.
Metehne, boli, cu el tratez...

Cum spune un proverb englez...

rondelul pentru sfatul unui medic *

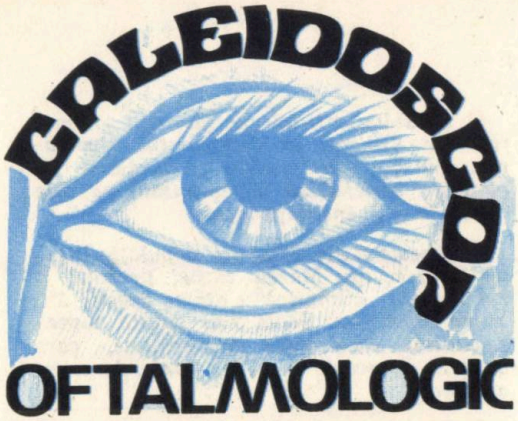
E sfatul său neprețuit,
El este as în medicină ;
Tratează boala-n rădăcină,
Cu leacul cel mai potrivit...

Un preinfarct ca să-mi prevină,
Să merg pe jos m-a sfătuit...
E sfatul său neprețuit,
El este as în medicină.

Ducîndu-i cîte-o tașcă plină,
L-am vizitat necontenit ;
Și-ncet, încet, a trebuit
Să-mi vînd și biata... de mașină...

Că-i sfatul său neprețuit !...

Traian Gărduș



Prof. dr. **Mircea Olteanu**
I.M.F., București

● *O statistică recentă a Organizației Mondiale a Sănătății atestă că în lume există peste 30 de milioane de nevăzători, cu perspective de creștere a cifrei. În rîndul cazurilor de cecitate, primele locuri, sînt ocupate în ordine de : trahom cu 15 milioane de victime, oncocercoza cu o jumătate de milion și xeroftalmia (din cauza malnutriției) cu 20 000 de noi cazuri anual. Au fost descrise și în țara noastră două cazuri de oncocercoză, boală parazitară cu predominanță în țările africane.*

● *Tratamentului complex al obstrucțiilor vasculare retiniene prin vasodilatatoare, anticoagulante și fibrinolitice, i se adaugă o interesantă intervenție chirurgicală realizată de Rocha și colaboratorii (Belo-Horizonte, Brazilia), constînd din secționarea tecii nervului optic, cu decompresiunea inelului scleral perioptic. Este o perfecționare a operației inițiată de Posada, care aborda nervul optic pe cale endonazală, calea de acces a lui Rocha fiind orbitară. Rezultatele confirmate de angiofluorografia pre- și postoperatorie sînt spectaculoase.*

● *Dioptronul, aparat ultramodern ce măsoară electronic dioptriile și prescrie automat ochelari în 30 de secunde, arată că nu există ochi perfect. Totuși, corecția prescrisă nu este bine tolerată ca atare, fiind necesară tatonarea cu lentile, și aceasta, deoarece în decursul vieții individul își face o a doua natură din defectul său. În acest an, clinicile noastre vor fi dotate cu un asemenea aparat.*

● *Relativ recent, Imamura (Osaka) a prezentat rezultate foarte bune în tratamentul discromatopsiilor, aplicînd stimuli electrici prin curent alternativ de frecvență între 42,5 și 77 Hz. După 2 pînă la 7 ani de tratament, discromatopsia se ameliorează în 84% din cazuri.*

● *Cavitronul, aparat realizat de dr. Kelman, este folosit în cataractă de tot mai mulți autori, timpul de spitalizare reducîndu-se la 1—2 zile. Acest tip de aparat cu ultrasunete va constitui la sfîrșitul anului 1978 un instrument de lucru pentru clinicile din țara noastră.*

● *Recent a fost descrisă boala denumită uveită alcoolică, maladie acută ce se vindecă prin suprimarea consumului de alcool.*

● *La diabetici, vederea la distanță este alterată, datorită unei miopii prin impregnare cristaliniană cu glucoză, miopie ce dispare la injectarea de insulină. Iată un mijloc simplu prin care bolnavul poate observa apariția glicemiei patologice : existența „lacrimilor dulci", ceea ce, la diabeticii subcompensați, obligă la o autoobservație oculară atentă, ce trebuie semnalată oftalmologului, iar acesta specialistului în boli de nutriție.*

● *În afara criteriilor clinice sau biochimice, ultrasunetele și fosforul radioactiv sînt mijloace moderne de diagnostic în cancerul ocular. În plus, specialiștii englezi au realizat un ansamblu computerizat (Emi-Scanner) pentru tomografia craniului și orbitei. Superioritatea metodei constă în depistarea diferențelor minime în densitatea țesuturilor (os, substanță nervoasă, vas sanguin etc.) de-a lungul unui plan orizontal sau vertical.*

Diagnosticul este rapid (10 minute) și sigur în cel puțin 76% din cazuri. În prezent, și în țara noastră se utilizează acest aparat.

● *Un aparat modern pentru terapia conservatoare în cancerul foarte grav al ochiului este betatronul. O statistică a terapiei de iradiere prin electroni cu energie înaltă generați de betatron indică 30% supraviețuitori cu vedere utilă, 35% orbi și 35% decese. Cu ani în urmă, mortalitatea era de 100%.*

● *A fost descris primul caz din lume de keratită herpetică congenitală la un nounăscut prin cezariană, unde afecțiunea era contractată intrauterin.*

● *Autorii polonezi afirmă că hemoftalmia (hemoragia în corpul vitros) beneficiază spectacular de terapia prin ultrasunete. În glaucomul secundar cu neovascularizație din tromboza venei centrale a retinei, Camerun comunică rezultate foarte bune obținute prin tratamentul chirurgical, iradiind sclera cu stronțiu radioactiv, în doză de 2 500 R, înainte de a face sclerectomia, în scop de a preîntîmpina obstrucția fistulei ; astfel, prin operație, pericolul de hemoragie este diminuat.*

● *S-a constatat că eschimoşii au camera anterioară a ochiului mai puţin profundă decît a europenilor, de unde şi frecvenţa mai mare la eschimoşi a glaucomului cu unghi închis. Referitor la această boală, se estimează că peste 2% din cazurile de orbire a persoanelor care au depăşit vîrsta de 40 de ani se datoresc glaucomului.*

● *O metodă practică în unele forme de dezlipire de retină o constituie eliminarea lichidului subretinian, prin puncţie evacuatoare, control ultrasonografic intraoperator şi blocarea rupturii prin fotocoagulare.*

● *Soluţia de Thio-TEPA 1/2 000 în instilaţii oculare de 3 ori pe zi, timp de 6 săptămîni postoperator, reduce considerabil procentul de recidive ale pterigionului operat. Se afirmă că acest tratament ar fi o cauză de cataractă.*

● *Fără vreun semn obiectiv prezent, dar manifestînd scădere accentuată a vederii şi cîmp vizual în spirală, trei cazuri de ambliopie au fost etichetate de autorii japonezi drept ambliopie isterică. Tratamentul psihiatric adecvat şi acela prin injecţii retrobulbare cu procaină 1% au ameliorat rapid acuitatea vizuală şi aspectul cîmpului vizual.*

● *Antiinflamatoarele necortizonice — aspirina, indometacinul, fenilbutazona — inhibînd sinteza de prostaglandină sînt utile în tratamentul trombozelor vaselor retiniene; ele favorizează producerea de catecolamine, interferon, teofilină şi inhibă producereq unei substanţe complexe, numită provizoriu LASS, care favorizează agregarea plachetelor sanguine. Se preîntîmpină astfel infarctul vascular nu numai la ochi, ci şi la nivelul miocardului.*

● *O boală oftalmologică „nobilă": corneea de aur. Este consecinţa tratamentului îndelungat cu săruri de aur în poliartrita cronică evolutivă. Apariţia acestor impregnări corneene trebuie să fie urmată de investigarea atentă a seriei leucocitare şi a funcţiei renale, leziunile corneene interesînd măduva hematogenă şi rinichiul.*

● *La Congresul european de oftalmologie de la Hamburg a fost prezentată, pentru prima dată în lume, de către Olteanu şi Făgărăşanu, utilizarea stimulatoarelor endocardiace în chirurgia oculară a unor mari cardiaci.*

● *Betablocanţii adrenergici sînt tot mai frecvent utilizaţi în tratamentul hipertoniei oculare (glaucomului). Cardiacii cu glaucom beneficiază de Intensain pe cale generală şi în instilaţii locale.*

● *Aproximativ 45% din populaţia insulei Dahlak, din Marea Roşie, prezintă o keratopatie „climatică"; dintre aceştia 3% ajung la orbire. Boala s-ar datora supraexpunerii la razele ultraviolete, care abundă pe aceste insule scăldate de soare arzător.*

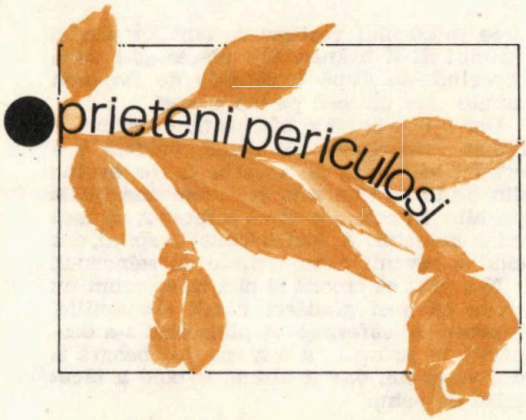
● *Tratamentul keratitei herpetice cu ultraviolete, după evidenţierea fluoresceinică a leziunilor, ar produce o vindecare mai rapidă decît tratamentul cu I.D.U. Referitor la acest tratament, autorii americani, Itoi şi Gefter, afirmă că aplicarea locală de I.D.U. în doze clinice la gravide cu keratită herpetică ar fi o cauză de malformaţii congenitale la nou-născuţi; aşadar, nu numai bolile contagioase trebuie evitate de gravide, ci şi keratita herpetică.*

● *Paralizia nervului facial periferic poate prezenta ca sechelă aşa-numitul „sindrom al lăcrimilor de crocodil", lăcrimare abundentă şi în rafale. În stadiul foarte precoce al paraliziei, cînd de partea afectată lăcrimarea este absentă sau foarte redusă, antihistaminicele au efect favorabil preîntîmpinînd sindromul. În cazurile severe, deja manifeste, se recurge la intervenţia chirurgicală: secţionarea nervului denumit coarda timpanului sau a ramurilor ce ţin de nervul timpanic.*

● *Un medicament foarte des folosit şi aparent inofensiv, Diazepamul, poate produce conjunctivite alergice, rebele la orice tratament. Soluţia este schimbarea tranchilizantului; de asemenea, medicamentul are contraindicaţie în glaucom.*

● *Un grup de cercetători americani au pus la punct un monitor electronic cu dispozitiv sonor, ataşat la sticla picătoare, care comandă administrarea colirului în tratamentele oftalmologice de lungă durată, întocmai ca un ceas sunător la purtător ce aminteşte că este ora de picurat medicamentul.*

● *O publicaţie recentă arată că în Orientul Mijlociu extracţia cristalinului (cataracta) s-a practicat încă cu 800 de ani înaintea erei noastre.*



Ce poate fi mai frumos, mai odihnitor, mai plin de viaţă şi de sănătate decît o pajişte înflorită în soarele blînd de mai ? Dar o livadă de meri înfloriţi sau unduitoarele holde legănate de zburdalnice pale de vînt şi smălţate cu maci şi albăstrele ? Ce poate fi mai gingaş, mai suav, mai minunat în simplitate şi culoare şi, în acelaşi timp, mai inofensiv şi mai pur decît o floare ?

Şi totuşi v-aţi gîndit vreodată că aceste picături de culoare, parfum şi tandreţe pot fi duşmanii omului ? Sînt oameni a căror suferinţă începe odată cu florile şi sfîrşeşte odată cu ele. Şi numărul acestora nu este mic. Ei sînt cunoscuţi sub denumirea de polinozici, adică suferinzi din cauza polenului. Boala produsă de polen se numeşte polinoză şi se manifestă prin : scurgere apoasă, foarte abundentă, din nas (rinoree), strănut repetat, de 20—30 de ori („în salve"), senzaţie de mîncărime (prurit) în vîrful nasului, în cerul gurii, în jurul ochilor, înroşirea pleoapelor, lăcrimare abundentă. Toate acestea fac viaţa bolnavilor un calvar. Orice adiere de vînt, care plimbă polenul prin atmosferă, exacerbează suferinţele ; numai locurile lipsite de flori şi de polen fac să înceteze aceste suferinţe.

Fiica unui medic vestit, care suferea de această boală, ne împărtăşea odată că în perioada cînd suferinţa ajungea la maximum se izola într-o barcă în largul Mării Negre. Acolo scăpa de flori şi de polen şi, evident, acolo se simţea bine.

●

«Sînt în stare să stau ore în şir de vorbă cu „Zdreanţă". Eu îi vorbesc şi el îmi răspunde cu lătratul lui zbenghiu, cu ochii jucăuşi, cu nările umede şi vîrful neobosit al cozii lui mici bălţate. E prietenul meu, e prietenul meu cel mai-bun». Aşa-mi declara cu foarte mulţi ani în urmă unul dintre marii noştri scriitori. Şi avea dreptate. Cine ştie să iubească şi să urască cu toată fiinţa, din vîrful nasului pînă în vîrful cozii, cum o face cîinele ? Nu-şi iubeşte el stăpînul pînă la sacrificiu şi nu-i urăşte pe toţi acei ce sînt duşmani sau măcar străini prietenului şi stăpînului lui ? Şi cu toate acestea...

Într-una din zile am primit vizita unui pacient care suferea de astm. Suferinţa începuse cu aproape 10 ani în urmă. Bolnavul ajunsese la epuizare fizică, dar şi morală în acelaşi timp.

— „Soarta îşi bate joc de mine" ! — îmi spuse omul, cu lacrimi în ochi, istoria lui tragicomică. „Boala a început atunci, demult, într-o seară cînd i-am făcut o vizită soacrei".

Şi în adevăr, atunci a făcut prima criză de astm. Apoi crizele s-au repetat ori de cîte ori s-au repetat şi vizitele la soacră. Ba, mai mult, omul nostru a început să facă crize de astm, chiar şi atunci cînd soacra le întorcea vizitele. Un lucru era clar : crizele le făcea numai în prezenţa soacrei, fapt ce a provocat numeroase discuţii şi neplăceri în familie. Vizitele reciproce s-au întrerupt şi odată cu acestea şi crizele de astm.

În urmă cu 3 luni însă, soacra decedează, iar bolnavul nostru începe să facă crize de astm noapte de noapte, fără întrerupere. Se simţea bine numai în spital !

Cîteva întrebări, un test şi misterul a fost lămurit. Cauza n-o constituia soacra, ci un căţel micuţ şi jucăuş, prieten nedespărţit, care după moartea acesteia a intrat în familia bolnavului. Evident, bolnavul nostru era alergic la peri de cîine.

Cu lacrimi în ochi, familia s-a despărţit de căţel şi suferinţele au încetat. Cine ar fi bănuit că această fiinţă, prietenul cel mai credincios al omului, este în stare să producă atîta supărare şi suferinţă ? !

●

Înainte de a se descoperi telegraful sau telefonul, veştile ajungeau greu, duse din poştă în poştă, în sacul diligenţei. Cînd era vorba de un ordin foarte urgent, călăreţul schimba caii epuizaţi de mers zile în şir. Cîtă risipă de energie pentru a scurta timpul cu cîteva ore !

Porumbelul călător, purtat de vînt, cu aripile-i neobosite, cu zeci de kilometri pe oră, trecea marea şi ducea depeşa înainte de a ajunge calul şi călăreţul.

Pentru acest lucru sau poate pentru dragostea lui de familie căreia îi este credincios (cine poate şti ?), omul a făcut din el simbolul păcii şi al înfrăţirii dintre popoare !

Pasionaţi crescători, uniţi în asociaţii, îl cultivă pentru calităţile lui de călător rapid sau selectează diferite rase pe care le prezintă la concursuri internaţionale.

Am cunoscut un astfel de pasionat. Cele mai plăcute clipe i le oferea porumbarul,

cu lumea lui de mistere, pînă cînd, într-o zi, a declarat :

... „am curățat prin porumbar. Era cald, am băut apă rece. La cîteva ore am făcut febră, frison, dureri de cap ; dar n-a ținut mult, cîteva ore și mi-a trecut".

Peste o săptămînă lucrurile s-au petrecut în aceleași condiții. De data aceasta omul nu-și mai amintea să fi băut apă rece, dar febra și frisonul s-au repetat, însoțindu-se de tuse, junghi toracic, și suferința a persistat mai mult timp. Cînd, în sfîrșit, peste o altă săptămînă, tot după o curățenie în porumbar, lucrurile s-au repetat și mai dramatic, pacientul ne-a cerut părerea.

Deși bănuia, nu putea, nu voia să creadă că porumbeii, aceste păsări care i-au încîntat viața ani în șir, prieteni nedespărțiți, i-au devenit dușmani.

●

Cea mai mare bucurie a lui Marius a fost atunci cînd tatăl i-a cumpărat, de ziua lui, un acvariu. Obosit de orele de la școală sau în pauzele dintre lecții privea minute în șir, mut de plăcere, peștișorii roșii, delicați și transparenți, sau mișcările repezi ale peștișorului vărgat, sau bătăile leneșe ale prea mîndrului peștișor de aur. Se simțea fericit ! El îi hrănea. Și-i plăcea să-i vadă repezindu-se după bucățelele de *Daphnia* uscate care pluteau pe luciul apei.

Dar într-o bună zi Marius face o gripă. A rămas vreo cîteva zile acasă. Evident, s-a ocupat mai mult de acvariu. Gripa evolua din ce în ce mai rău cu toate îngrijirile primite. În cele din urmă a început să facă crize de astm. A fost internat în spital, dar cînd a revenit acasă crizele au reînceput.

N-a vrut să creadă și nici chiar acum nu crede că acei gîndăcei uscați *(Daphniile)* îi provocau suferința. A plîns cînd s-a despărțit de acvariu ; a fost cea mai neagră zi din viața lui, dar și ultima zi cînd a făcut criză de astm.

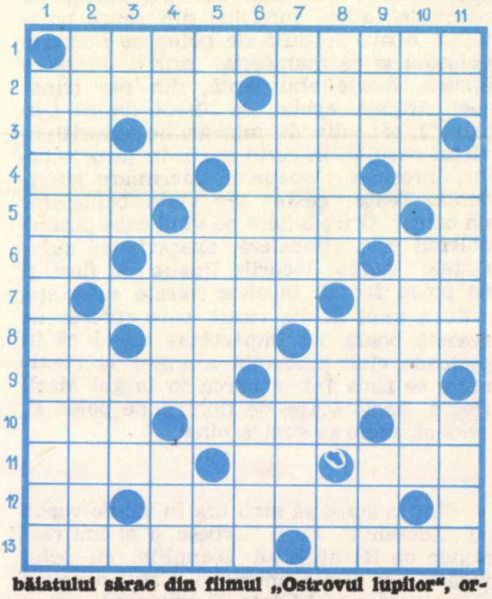
●

Complicata viață cotidiană ne oferă surprize. Lucruri inofensive devin periculoase. Cei mai sinceri prieteni pot deveni, fără voia lor, dușmani !

Dr. Valentin Filip
Medic primar,
Centrul de imunologie-alergologie,
București

medicina pe ecran

ORIZONTAL : 1) Celebra interpretă a lui Kitty, soția doctorului Fane din filmul „Vălul pictat" (2 cuv.). 2) „Medicul și...", film italian cu Alberto Sordi (neart.) — Realizatorul și interpretul filmului francez „Cît timp ești sănătos". 3) Uniune ! — „Moartea unui...", film din creația lui Bardem. 4) A găsi — Prenumele interpretului doctorului Munteanu din filmul „Fantomele se grăbesc" și al doctorului Vasile din filmul „Frații" (Besoiu) — E scos la aer ! 5) Veșnicul ispășitor — Pinacotecă. 6) Acute ! — Eroină din filmul polonez „Cardiograma" — Corp la corp ! 7) Mișcare alternativă a apelor mării — ...Széles, interpreta Paulei, tînăra îndrăgostită de doctorul Munteanu din filmul „Fantomele se grăbesc". 8) Atenție concentrată — A se alia — E turbat în dramaturgia lui Aurel Baranga. 9) Forță — Principalul interpret (1895—1967) din filmul „Istoria lui Louis Pasteur". 10) Din nou — Facil — Calfe ! 11) Localitate în Italia — Tras la față ! — Prenume turcesc. 12) În general, la-nceput ! — Supranumele



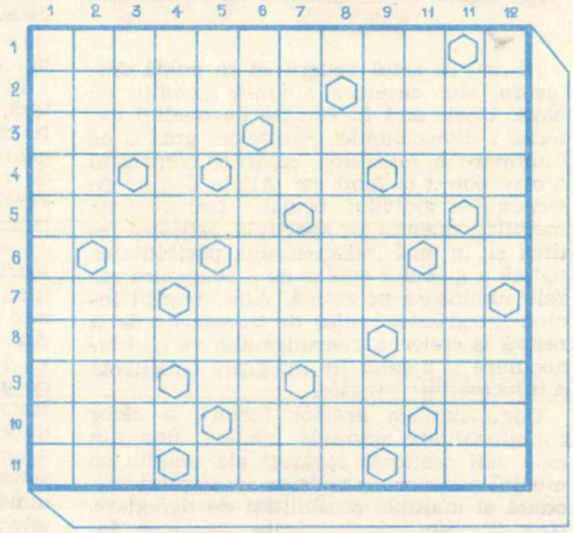
băiatului sărac din filmul „Ostrovul lupilor", orfan de tată și cu o mamă grav bolnavă, internată într-un spital din Tulcea (neart.). 13) Regizor sovietic (1898—1967), realizatorul filmului „Omul care și-a pierdut memoria" — „...spre Salinas", film în care, alături de Rita Hayworth, apare David Sachs, un caz unic la Hollywood : fiind un chirurg celebru își împarte timpul între sala de operație și platoul de filmare.

VERTICAL : 1) Titlul unui film românesc plin de optimism (2 cuv.). 2) „Omul cu creierul...“ film din creația lui Daniel Valcroze — Realizatorul filmului românesc „A fost prietenul meu“, în care unul din eroi este tînărul chirurg Tudor, interpretat de Victor Rebengiuc. 3) Rănit la cap! — În mijlocul Alpilor ! — Vale lîngă Innsbruck. 4) Oraș în India — Riu în Pakistan — Simbol pentru oțeluri. 5) Exclamație — Cineast german (1889—1931), realizatorul filmului „Dr. Jekyll și dl. Hyde“ — Întrebare. 6) Interpretul lui Liviu Barcan, comandantul Aviasan-ului clujean din filmul „Decolarea“ — Vedetă de cinema. 7) „...și medicină“, filmul regizorului polonez Janusz Majevski — Decedat. 8) A sta în calea cuiva (inf.) — Nume dat mai multor specii de arbuști din familia rozaceelor — Idee ! 9) Bărbierit — Riu în Franța — Metal prețios. 10) „Opiul și...“, film algerian care a rulat și pe ecranele noastre — Partenerul actriței Barbra Streissand din filmul american „Ce se întîmplă, doctore ?“. 11) O necunoscută ! — „Medic...“, film sovietic realizat de Gherasimov — „Accidentul“ de Losey, „Cazul doctorului Laurent“, realizat de Le Chanois etc. (sing.).

DICȚIONAR : NILO, ARL, ECCA, IAUG, OSL, TII, AIN.

ADAM STOICA

teatru... sub semnul lui esculap

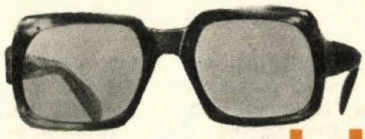


ORIZONTAL : 1) „Frizerul și subchirurgul“ din comedia „D-ale carnavalului“ de I. L. Caragiale (2 cuv.). 2) Poet, prozator și dramaturg român (1889—1972), autorul pieselor „Doctor Faust, vrăjitor“ și „Omul care a văzut moartea“ — „...doctorului Bărăgan“, piesă de I. D. Șerban (neart.). 3) Doctorul din piesa „Falstaff“ de Shakespeare — „Medicul în...“, piesă de Bernard Shaw. 4) Urmare ! — Unde nu-i el, vai de picioare — Cursă. 5) Colos — Cîntec de slavă. 6) Scos în lume de mic copil — Localitate în India — Zulufi în cap ! 7) Pămînt — Personaj feminin din piesa „Doctor Faust, vrăjitor“. 8) Medic județean din comedia „Revizorul“ de Gogol — „Cadavrul...“, piesă de L. N. Tolstoi. 9) Riu în Pakistan — Miez de nucă ! — Studenta la medicină din piesa „Cumpăna“ de Lucia Demetrius. 10) Schimb — O zi pierdută — Coada șoricelului ! 11) Dinsele — Soția medicului Valeriu din piesa „Explozie întîrziată“ de Paul Everac — Negri în cerul gurii.

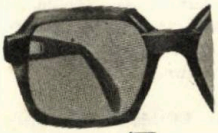
VERTICAL : 1) „Transplantarea inimii...“, piesă de Alexandru Mirodan. 2) Sub cerul liber — Piesă de Friedrich Dürrenmatt. 3) Literă chirilică — Autorul pieselor „Doctor fără voie“ și „Bolnavul închipuit“. 4) Doctorița din piesa „Dar nu-i ceva serios“ de Luigi Pirandello. 5) Întreprindere metalurgică de stat (abr.) — Avantaj. 6) La capătul puterilor ! — „...doctorului Cristea“, piesă de Paul Everac. 7) Trădător — Servește la cusut — Neîntors ! 8) „Bolnavul închipuit“ (fem.). 9) Oraș în Somalia — ...Tărchilă, autorul piesei „Alibi pentru eternitate“, în care un medic descoperă, în contextul unor întîmplări cu alură tragică, dragostea statornică a inginerei Ela Cernat, prietenă din anii studenției — Pe un picior de plai. 10) Soția medicului Stamate din piesa „Oameni de azi“ de Lucia Demetrius — A apărea pe neașteptate. 11) Prenume feminin — Medicul din piesa „Drumul încrederii“ de Paul Cornel Chitic. 12) Aici pot fi văzute piesele amintite, ca și altele — Riu în Algeria.

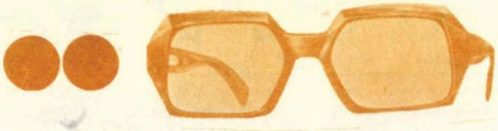
DICȚIONAR : SAHA, UBE, ETI, EIL, UALI.

ADAM STOICA



cînd și de ce purtăm ochelari





Pentru ca actul vederii să se poată desfășura, sînt necesare anumite condiții de bază. Unele sînt în funcție de mediul exterior : dimensiunile obiectelor, gradul de iluminare a mediului, culorile, contrastul dintre obiect și fond etc. Altele depind de structurile globului ocular : transparența mediilor, retența lor spectrală, calitatea retinei și, în mod indispensabil, posibilitatea optică a globului ocular de a concentra razele luminoase pe retină. Alte condiții includ integritatea căilor de transmisie de la retină la creier a mecanismului vederii binoculare și a celor de integrare conștientă a informațiilor vizuale.

Complexitatea acestor factori, a căror funcționalitate normală conferă una din cele mai prețioase legături ale omului cu mediul exterior — vederea — implică totodată și multiple posibilități de dereglare. Una din cele mai frecvente asemenea dereglări o constituie lipsa localizării razelor luminoase pe retină. În asemenea cazuri, în loc ca fiecare punct din spațiul vizibil să fie proiectat punctiform pe retină, el își are drept corespondent retinian o mică pată.

Formarea unor imagini pe retină, alcătuite din pete și nu din puncte, dăunează clarității acestor imagini. Dacă în locul *tulburărilor stigmice de refracție* există un *astigmatism*, atunci proiecția retiniană a punctelor din spațiu este și mai deformată (o pată cu aspect alungit). La aceste variante constituționale trebuie să adăugăm tulburările de *acomodație* (funcția prin care ochiul focalizează pe retină raze care vin de la distanțe variate), din care cea mai comună este *presbiopia*. Fenomenul se manifestă la emetropi, după 40—42 de ani, la hipermetropi mai devreme, la miopi mai tîrziu sau deloc ; dacă însă tulburările de refracție ale acestora sînt bine corectate pentru distanță, atunci presbiopia se poate manifesta și la aceștia. Presbiopia constă în dificultatea de a vedea aproape, datorită depășirii unui anumit grad de scădere a elasticității cristalinului. Dacă mai luăm în considerare tulburări ale acomodației în cadrul unor contexte fiziologice (pubertate, climax), toxice (accidentale sau medicamentoase), în suprasolicitările vizuale sau psihice, la care putem adăuga lipsa organică a cristalinului (de regulă, după operația de cataractă), putem reprezenta un tablou aproape complet al situațiilor care necesită corecție optică pentru focalizarea pe retină a razelor vizuale.

Prin ce mijloace se poate obține corecția ? Miopii o fac instinctiv, apropiind obiectele. Ceilalți *ametropi* trebuie să facă apel la lentile corectoare, după ce, eventual, și-au epuizat și mecanismul propriu de acomodație.

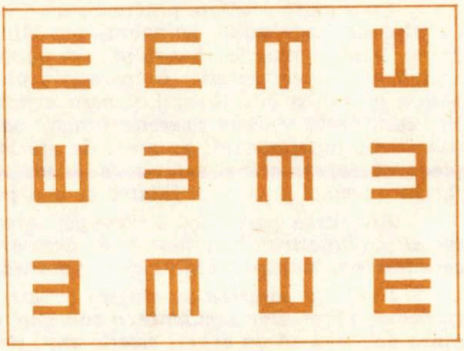
Ce noțiuni de bază trebuie să cunoască purtătorul de ochelari ?

El trebuie să știe că ochelarul este o proteză, care nu poate înlocui întocmai o funcție naturală, că lentila miopică (divergentă, minus) micșorează imaginea, iar cea de hipermetrop, presbiop sau afak (convergentă, plus), o mărește. Se întîmplă ca un mare miop, dacă poartă lentile care i-ar corespunde matematic, să obțină imagini foarte bine focalizate, dar atît de micșorate, încît să nu le mai poată vedea. O lentilă mai slabă i-ar da o imagine mai tulbure, dar vizibilă. Valoarea optimă a lentilei o va hotărî numai oftalmologul, în funcție de un complex de factori. Un mare hipermetrop sau un afak (lipsit de cristalin, după operația de cataractă) va vedea prin ochelari imagini mult mărite. Static, va fi satisfăcut, dar în mișcare se vor mări și dimensiunile spațiale, astfel încît obiectele vor efectua un dans permanent în jurul său. Soluția o constituie o acomodare progresivă, prin purtarea ochelarilor cu tenacitate. Bolnavii cu diferențe mari, dioptrice, între cei doi ochi, vor avea dificultăți în fuziunea celor două imagini de dimensiuni variate și, mai ales, tulburări la mișcarea privirii. Soluția poate să nu fie totdeauna radicală, ceea ce necesită o lungă colaborare a medicului cu bolnavul. În cazul celor cu refracție normală, ce au depășit vîrsta de 45 de ani, devin presbiopi. Aceștia nu mai văd să lucreze din apropiere, motiv pentru care vor purta ochelari corectori, care îi vor ajuta să vadă *la distanța calculată la prescripție*. Cu cît lentila va fi mai puternică, cu atît distanța de lucru va fi mai fixă. De obicei, prin creșterea progresivă a presbiopiei, persoana se acomodează progresiv cu fixitatea crescîndă a distanței de lucru. Dacă nu a pus ochelari la timpul necesar și necesită dintr-odată dioptrii mari, jena pe care o va re-

simți datorită limitării distanței de lucru va fi corespunzătoare. Se știe însă că presbiopul, bine corectat, nu mai poate lucra, ca în tinerețe, deoarece, cu vîrsta, scade adesea și puterea de convergență a ochilor, necesară lucrului la apropiere. În bună măsură, această deficiență se poate compensa prin modificarea centrajului lentilelor : lentilele de ochelari au și un efect secundar prismatic, care poate fi dirijat prin variația distanței dintre centrele lentilelor („distanța interpupilară"), în relație cu numărul de dioptrii. În practică, unii bolnavi se miră adesea de ce în prescripții succesive, distanța pupilară a ochelarilor variază. Este necesar să menționăm că *distanța interpupilară anatomică* rămîne aceeași, dar corecția care i se aplică în prescripția de ochelari este variabilă în funcție de puterea dioptrică a lentilelor și de devierea latentă a globilor *(heteroforia)*. Așadar, distanța pupilară a ochelarilor pe care-i folosiți nu este aceea dintre pupilele dumneavoastră, existentă în realitate, ci aceea corectată de specialist, care indică valoarea descentrării optime a lentilelor.

Cînd este nevoie să purtăm ochelari și cum aflăm acest lucru ?

Răspunsul este simplu : cînd tulburările de refracție sînt manifeste. Problema însă este mai delicată la tulburările latente. Ele provoacă oboseală, fenomene reflexe la distanță și la unii copii mici favorizează apariția *strabismului*. Alteori, oboseala oculară ne semnalează unele dereglări neuroendocrine sau apariția ulterioară a unui glaucom. Datorită caracterului latent a numeroase tulburări de refracție, unele persoane nu-și pot da seama de necesitatea purtării ochelarilor decît într-o proporție redusă de cazuri. Indicația ne-o dă controlul profilactic al stării de refracție, prin metode obiective, control care este bine să se facă frecvent în mica copilărie, cel puțin la 3 ani între 20 și 38 de ani, și la $1\frac{1}{2}$ an, între 40 și 55 de ani.



Vedeți clar aceste caractere, de la 5 m distanță, la lumina zilei ?

Așadar, purtarea ochelarilor este o necesitate, atunci cînd medicul îi indică, iar cei în cauză nu trebuie să întîrzie a-i utiliza.

Dr. ION I. GLĂVAN

•masele plastice în OFTALMOLOGIE

Prof. dr. Mircea Olteanu
I.M.F., București

Progresul tehnic care s-a înregistrat în ultimele decenii a angrenat într-o măsură considerabilă și dezvoltarea științelor medicale. Un exemplu concludent îl constituie prezența, din ce în ce mai diversificată, a maselor plastice, mult solicitate nu numai de medici, dar și de pacienți. Astfel, utilizarea valvelor sintetice la inimă și a vaselor sanguine din masă plastică (alogrefe) în chirurgia cardiovasculară, precum și a protezelor dentare atît de estetice și de utile în stomatologie, s-au dovedit de un real folos. În ultimă instanță putem afirma că nu există specialitate medicală în care să lipsească aceste produse chimice.

De o mare utilitate practică s-au dovedit și în oftalmologie. Astfel, în caz de lipsă de pleoape (coloboame palpebrale), malformație congenitală sau dobîndită după accidente, masele plastice constituie un suport peste care alunecă pielea din vecinătate, creînd un aspect estetic. În paralizia pleoapei (ptoză) se utilizează frecvent fire de nailon groase și late (benzi), pentru a ridica pleoapa căzută și a descoperi globul ocular, care trebuie să-și exercite funcția sa vizuală. Invers, în neînchiderea pleoapelor (inocluzie, lagoftalmie), generată de afectarea nervului facial, se va încercui marginea pleoapei superioare și inferioare — uneori cu silicon elastic — pacientul căpătînd o figură normală prin posibilitatea de a clipi și de a-și umidifica globul ocular.

Atîrnarea paralitică a pleoapei inferioare (ectropion), cu aspectul roșu, inflamator al conjunctivei, beneficiază, de asemenea, de „suspensia" între cele două ligamente ce unesc unghiurile ochiului spre regiunea nasului și tîmplei.

În unele paralizii de mușchi ocular, lipsuri din naștere ale acestora sau smulgeri cu ocazia diverselor accidente, o aderență din masă plastică între globul ocular și marginea orbitară dă un aspect estetic unui strabism incurabil.

În boli ale aparatului lacrimal, manifestate prin hipersecreție sau hiposecreție lacrimală, canalele din masă plastică rezolvă multe cazuri cu succes. În prima situație, cînd lacrimile abundă, curgînd pe pielea feței pe care o irită, canale artificiale drenează surplusul spre nas sau spre gură. În caz de lipsă de lacrimi, ochiul se usucă, se ulcerează și se infectează; o pompă cu lichid așezată după ureche sau un sistem cu mecanism de ceasornic trimite prin canale adaptate la pleoape sau în fața ochiului, lichidul atît de necesar menținerii transparenței ochiului în partea sa anterioară.

La orbită, după accidente, în special autorutiere, întîlnim lipsuri ale marginii osului. Această lipsă de substanță se umple cu masă plastică, anorganică; de asemenea, în fracturi de podiș orbitar, cînd se produce o continuitate între orbită și sinusul maxilar de aceeași parte, se introduce o placă din masă plastică. În această situație, bolnavul nu mai are ochiul înfundat (enoftalm) și nu mai vede dublu.

În cancerul expansionat al globului ocular, la care s-a practicat exereza țesuturilor pînă la oasele orbitei, aspectul ar fi total inestetic, dacă la un ochelar nu s-ar ataşa o proteză care să imite ochiul normal și care, odată cu așezarea ochelarului, pătrunde în orbită. Această proteză, fixă într-adevăr, schimbă radical aspectul dizgrațios al fostului operat și iradiat cu cobalt.

Aproape banale au devenit operculele sau ventuzele care acoperă lentila unui ochelar (ochiul bun), la copiii care prezintă strabism și la care celălalt ochi este leneș (ambliop), acesta rămînînd liber pentru a putea fi solicitat vizual; de asemenea, se folosesc în mod obișnuit cîmpuri chirurgicale din masă plastică, precum și ochelari și lentile ușoare din masă plastică.

Apoi, din ce în ce mai multe persoane poartă ochelari invizibili, lentile care se aplică pe cornee, dure (din metacrilat) sau elastice (din hidrogel). Cataracta (albeața) operată la un ochi solicită, pentru egalizarea vederii între un ochi și altul, cristalin artificial din masă plastică. Cu lentile aplicate pe cornee sau cu cristalin artificial implantat în ochi există și la noi în țară o serie de bolnavi, manifestînd o bună toleranță și eficiență.

Corneea artificială din masă plastică sau keratoproteza este o realizare a ultimilor ani, mult perfecționată în 1977 și care redă societății o serie de arși de gradul III sau IV (în special cu metal topit sau cu substanțe chimice alcaline). Începînd cu acest an, o asemenea operație se va executa în mod curent și la noi în țară.

În cazurile de dezlipire de retină se utilizează cerclaje cu mase plastice (nailon, silicon), recuperîndu-se uneori o serie de suferinzi de această boală oculară deosebit de gravă.

Datorită perfecționării continue de prelucrare a maselor plastice, astăzi s-a ajuns ca bolnavii fără ochi, enucleați sau evisceraţi, să-și ascundă infirmitatea, în condiții excepționale, prin „proteze mobile".

Constatăm astfel, că o patologie oculară diferențiată a beneficiat și va beneficia din ce în ce mai mult de dezvoltarea chimiei în domeniul maselor plastice.

acupunctură ... pe rime

MEDICINA ŞI REVELIONUL

Acest ospăţ prelung, festiv,
Cînd omul e necumpătat,
Începe cu aperitiv,
Sfîrşind, ah, cu bicarbonat.

CURĂ

Odihna-şi fac unii la mare
Sau sus, în munţii cei voinici.
Dar întîlneşti şi alţii, care
Şi-o fac tot timpul la servici.

DIALOG LA DISPENSAR

— Care-i la matale baiul ?
— Păi mă-ncearcă guturaiul !
Ce să iau, să nu persiste ?
— Ce să iei ? Nişte batiste !

UNEI TINERE CĂSĂTORITE

Tenul alb, imaculat,
S-a-nnegrit îngrozitor,
După ce te-ai măritat
Cu un aprig fumător.

UNUI MEDIC „MICROBIST"

„Pe teren", e al tău refren,
Cînd din consultaţii pleci.
Şi, ce-i drept, mergi pe teren,
Însă-n zilele de meci.

UNUI STOMATOLOG

Orice plombă, el tenace,
Numai într-o zi ţi-o face.
Cu o precizare clară :
Într-o zi, însă... polară.

FRICOSULUI

Auzind că-i necesar
Tensiunea să ţi-o ia,
Ai fugit din dispensar...
Ce să faci tu fără ea ?

PREVEDERE

Cînd a aflat că-i diabetic,
Ceru soţiei lui, patetic,
Mai înainte să se culce :
— „Să nu aud o vorbă dulce !"

APA MINERALĂ

În al munţilor decor,
Curge zilnic din izvor,
Limpede şi glacial,
Un sifon medicinal.

V. D. POPA

EROARE

Întrebat despre simptome,
Pacientul se dispune
Şi cu vorbe dulci, molcome,
Medicului său îi spune :

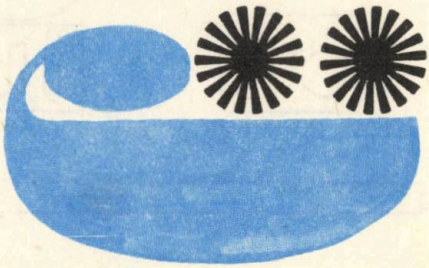
— Am o foame ca de lup,
Nu vă fie cu mirare,
Iar cînd ne-adunăm în grup,
Cînt ca o privighetoare.

Dorm ca ursul în bîrlog
Şi de vreţi să ştiţi cum merg,
Deşi nu-s prea slăbănog,
Ca un iepure alerg.

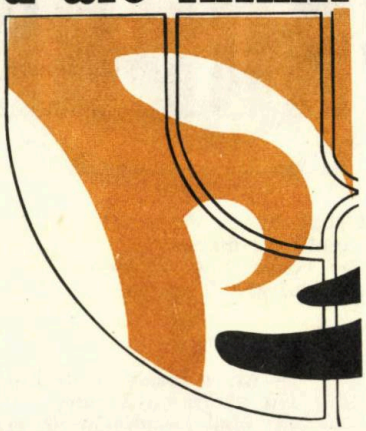
— Cînd cugeţi din întîmplare
Ţi-e gîndirea încurcată ?
— O, memoria mi-e tare
Şi ca vulpea de şireată !

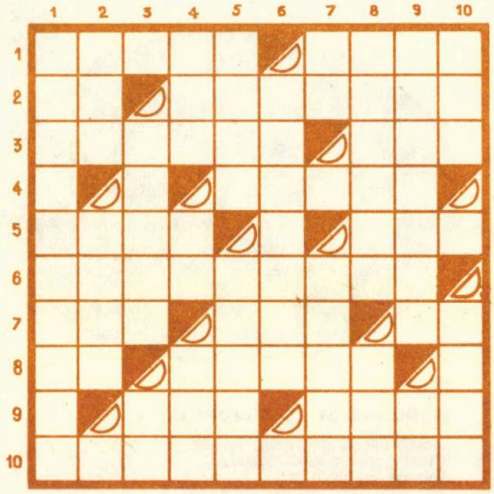
— Omule, cu-atîtea vicii,
Ce-ai venit la dispensar ?
Cu asemenea indicii
Du-te la veterinar !

Theodor Maricaru



•d-ale inimii•





ORIZONTAL : 1) Cea mai mare arteră din corp a cărei patologie este strîns legată de ateromatoză — Arterele, venele și capilarele, ale căror infecții se numesc artrite, flebite și capilarite. 2) Număr — Necroză zonală a miocardului, în urma obstruării unei ramuri a arterei coronare. 3) Factor de risc în apariția aterosclerozei — Prefixul vieții. 4) Alt factor de risc în bolile cardiace. 5) Poiță — A duce o viață sedentară. 6) Afectează timpuriu funcția aparatului cardiovascular, ducînd la apariția insuficienței cardiace, hipertensiunii, aterosclerozei ș.a. 7) Situată... în inimă ! — Neg (reg.) — Ibidem. 8) Miros specific — Ingredient farmaceutic. 9) În anatomie, structură în formă de cupolă — Fracturat. 10) Afecțiune inflamator-degenerativă a mușchiului cardiac (pl.).

VERTICAL : 1) Anomalie a undei pulsului, care poate fi întîlnită în stenoza aortică sau în anevrismul aortic. 2) Oto-rino-laringologie — Exces. 3) Consumată abuziv, poate constitui un factor de risc în apariția aritmiei cardiace — Prima notă. 4) Sulful, în prefix — Teze ! — Formă a insuficienței circulatorii acute de origine cardiacă. 5) Cu absența congenitală a urechii externe — Obiectul principal al cardiologiei ! 6) Afecțiune cardiacă manifestată printr-un ritm rapid și regulat. 7) Cava ! — Una cu inimă ! ! 8) Cafea arabică sau theobroma cacao — Nouă-născuți (fig.). 9) Licăriri — Pete ! 10) Morala, în prefix — A funcționa ritmic, vorbind despre inimă.

Dr. NICOLAE ANDREI

la lecția de anatomie

ADAM STOICA

monoverb: **6-9**

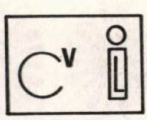
biverb: **3,7**

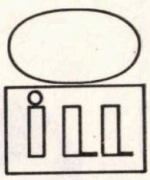
• CHIRUGICALĂ •

(Criptografie : 2, 4, 2, 8)

O MA

TI RA





GLOMERULONEFRITA difuză acută

Prof. dr. doc. V. V. Maximilian,
dr. V. Vevera
Spitalul clinic „Fundeni"

Glomerulonefrita difuză acută este o afecțiune relativ frecvent întîlnită, în special la copii și adolescenți ; ea este mai rară la adult și excepțională la vîrstnic. În schimb, se poate spune că aproximativ jumătate din suferințele renale cronice ale vîrstei adulte (glomerulonefrite cronice) se datoresc unei glomerulonefrite difuze acute din copilărie sau adolescență, prost tratate, neglijate sau destul de des ignorate de bolnav.

Boala se definește ca fiind produsă de leziuni inflamatorii difuze ale glomerulilor renali, iar din punct de vedere clinic, ca o afecțiune ce se traduce, atunci cînd toate simptomele ei sînt manifeste, prin albumină în urină (albuminurie), sînge în urină (hematurie), edeme și hipertensiune arterială.

Cele mai multe cazuri de glomerulonefrită acută au fost precedate de o infecție produsă de un microb : streptococul, mai exact tipul beta-hemolitic din grupul A (mai ales A_{12}). Pentru acest motiv, unii au denumit-o *glomerulonefrită acută poststreptococică*. Infecția streptococică poate apărea în cadrul unei mici epidemii, cum se întîmplă uneori în unele colectivități (colonii de copii, cămine, internate etc.), dar măsurile preventive de natură epidemiologică ce se iau în țara noastră, în asemenea cazuri, fac ca această eventualitate să fie foarte rară ; mai des infecția streptococică este sporadică, adeseori considerată o banalitate de către bolnav sau familie.

Infecția streptococică cauzală este, de cele mai multe ori, localizată în căile respiratorii superioare : faringe, amigdale, sinusuri. Glomerulonefrita difuză acută poststreptococică poate apărea însă și cînd streptococul afectează urechea medie (otite), pielea (scarlatină și, mai rar, în urma erizipelului) sau cavitatea bucală (granulom dentar).

În afara streptococului, au mai fost incriminați și alți agenți patogeni, ca fiind capabili să determine o glomerulonefrită : stafilococi, pneumococi, virusuri (de exemplu, cel al mononucleozei infecțioase). Această eventualitate este însă mult mai rară și, practic, de importanță minoră.

Boala nu apare în cursul infecției streptococice și nici ca o complicație imediată, ci după o perioadă de latență de 1—3 săptămîni. De aceea, de foarte multe ori bolnavul nu face nici o legătură între cele două afecțiuni. Această perioadă de latență este necesară, pentru ca organismul să-și dezvolte răspunsul său imunologic — boala fiind, în realitate, consecința acestuia.

Glomerulonefrita acută se instalează de obicei brusc, mai rar cu stare febrilă și eventual frison, mai des cu dureri supărătoare de cap și uneori vărsături. Alteori, bolnavul se trezește dintr-o dată dimineața „umflat" : prin retenție de apă și sare, se produc edeme la pleoape, la față, la picioare și, în unele cazuri, chiar la coapse și gambe. Mai puternice sau mai discrete apar și dureri în lombe, pe care bolnavii le interpretează frecvent ca un banal lumbago.

Cantitatea de urină scade, în cazurile grave, chiar foarte mult. Hematuria dă urinei o culoare mai închisă („supă de carne"), uneori chiar roșcată. Albuminuria, mai ales cînd este pronunțată, produce o urină „spumoasă". Concomitent, crește tensiunea arterială, mai ales cea minimă, iar în cazurile grave hipertensiunea arterială devine foarte periculoasă prin accidentele pe care le poate produce (cardiace și cerebrale).

Pentru a avea certitudinea prezenței unei glomerulonefrite acute sînt necesare unele examene de laborator, în primul rînd examenul urinei, repetat, hemograma, spre a descoperi o eventuală anemie, examenul fundului de ochi și analize biochi-

mice care să orienteze asupra gradului dereglării funcției rinichiului și mai ales asupra urmărilor acestei disfuncții în metabolismul general al organismului (de exemplu: dozarea ureei, creatininei, acidului uric etc.). Primordială rămîne însă analiza urinei.

Mecanismele care determină apariția fiecăruia din simptome sînt foarte complexe. Astfel, edemele apar ca urmare a reținerii de apă și pătrunderii ei în țesuturi ; dar această reținere este, în fapt, consecutivă unei eliminări renale insuficiente de sare (clorură de sodiu), precum și intervenției secundare a unor factori hormonali (aldosteron, adiuretina hipofizară) ; în plus, vasele cele mai mici — capilarele — devin mai permeabile pentru apă (și pentru proteinele din sînge). Și mai complexe sînt dereglările care determină *hipertensiunea arterială* (intervine rinichiul lezat, prin secreția unor substanțe cu acțiune hipertensivă ; apar leziuni inflamatorii ale arteriolelor și capilarelor ; crește volumul de sînge circulant, ca urmare a reținerii de apă și sare etc.).

Recunoașterea unei glomerulonefrite acute nu este dificilă, atunci cînd tabloul clinic este complet. Mai ales edemele sînt totdeauna alarmante pentru bolnav și familie. Adesea boala nu se manifestă decît cu o parte din simptome, fără ca acestea să fie totdeauna foarte supărătoare, ceea ce face ca bolnavul să nu se prezinte la medic.

O durere de cap de cîteva zile, chiar intensă, nu duce totdeauna bolnavul la măsurarea tensiunii arteriale ; or, o hipertensiune arterială pasageră poate fi uneori singurul semn al glomerulonefritei ! Dar cîți oameni acordă suficientă importanță unor dureri lombare cîteodată expresie izolată a bolii ? Cîți sînt atenți la modificările în cantitate și aspect ale urinei ? Tocmai aceste forme ale bolii, cu simptome reduse (oligosimptomatice) sau discrete, pot evolua spre cronicizare, din lipsa unor măsuri corespunzătoare.

Din fericire, majoritatea glomerulonefritelor, chiar forme severe, se pot vindeca complet. Bolnavul trebuie urmărit prin examene repetate de urină, criteriul vindecării neputînd fi oferit decît de normalizarea acesteia. Starea generală perfectă a bolnavului este uneori înșelătoare ; atîta timp cît rezultatele examenului de urină sînt patologice înseamnă că boala continuă, putînd să evolueze spre cronicizare.

În timpul evoluției unor forme severe, complicațiile cele mai de temut sînt : insuficiența cardiacă, hipertensiunea arterială cu cifre exagerat de mari și, cea mai gravă, dar din fericire rară, uremia, apărută în acele cazuri în care cantitatea de urină se reduce foarte mult, uneori pînă la zero. Terapia promptă și adecvată reușește, în cele mai multe cazuri, să stăpînească și aceste complicații, chiar și uremia, eventualitate în care se recurge pentru scurt timp la rinichiul artificial.

Prevenirea instalării glomerulonefritei acute se poate face ținînd seama de faptul că majoritatea cazurilor sînt „poststreptococice", penicilina constituind singurul antibiotic cu acțiune sigură.

Tratamentul propriu-zis se bazează, în primul rînd, pe *repaus strict* la pat, nu numai pînă la dispariția simptomelor principale, ceea ce în majoritatea cazurilor se produce destul de repede, ci pînă la normalizarea rezultatului examenului de urină. Dacă după întreruperea repausului la pat și normalizarea urinei apar elemente patologice în urină, în urma eforturilor fizice, chiar mici, repausul va fi reluat.

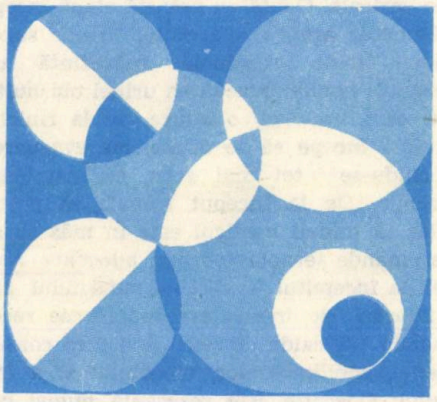
În toate cazurile, alimentația va fi fără sare, iar prezența de edeme impune măsuri dietetice mai severe, pentru 5—7 zile, pînă cînd edemele se resorb (regim, complet fără sare, de cartofi și mere sau doar regim de fructe și legume proaspete). Se restrîng proteinele alimentare, în primul rînd carnea și brînzeturile, această restricție fiind mai severă în cazul unei insuficiențe renale importante ; dimpotrivă, se crește în rația alimentară zilnică cantitatea de zaharuri, făinoase și grăsimi.

Hipertensiunea arterială severă cere măsuri speciale, antihipertensive energice și diuretice.

Vindecarea promptă și definitivă a glomerulonefritei acute și prevenirea cronicizării impune instituirea cît mai precoce a tuturor măsurilor terapeutice. Spitalizarea este indispensabilă, cel puțin în primele zile, în care există riscul complicațiilor amintite.

Chiar și după vindecarea completă, bolnavul trebuie să facă controale (examen de urină și măsurarea tensiunii arteriale) la intervalele fixate de medic, pentru a se putea preveni o eventuală recidivă sau pentru a se sesiza din timp o tendință tardivă spre cronicizare.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ SECUNDARĂ BOLILOR RENALE



Dr. GEORGETA NESTOR
Şef de lucrări,
Clinica medicală „Fundeni"

Hipertensiunea arterială este boala care cunoaşte cea mai largă răspîndire ; aproximativ 7% din întreaga populaţie are hipertensiune arterială.

Cauza hipertensiunii arteriale nu este totdeauna cunoscută. Astfel, în 60% din cazuri hipertensiunea este numită „esenţială", de cauză incomplet precizată, iar în restul de 40%, hipertensiunea este considerată „secundară" unei cauze binecunoscute. De cele mai multe ori însă, cauza care generează hipertensiunea este o boală a rinichiului, putînd fi afectat un singur rinichi, aşa cum se întîmplă în litiaza renală, tuberculoză, pielonefrită sau ambii rinichi, ca în glomerulonefrita acută sau cronică.

Uneori, cauza hipertensiunii se datoreşte formării unui cheag (trombus) la nivelul arterelor principale ale rinichiului, care împiedică hrănirea acestuia, determinînd aşa-numita hipertensiune renovasculară. Scleroza arterelor mici din interiorul rinichilor — nefroangioscleroza — poate genera şi ea creşterea valorilor tensionale.

O serie de analize şi investigaţii speciale, cum sînt : urografia, radiografia renală, scintigrama renală sau arteriografia renală, permit precizarea substratului unei hipertensiuni arteriale considerate „esenţiale", de cauză necunoscută.

Hipertensiunea renală este mai frecvent întîlnită la adulţi. Aşa se explică faptul că aproximativ 30% din adulţi au valori ale tensiunii arteriale mai mari decît cele considerate normale, adică valori care depăşesc 130 mmHg pentru maximă şi 80—90 mmHg pentru minimă.

Obligaţia de a se cerceta atent cauza hipertensiunii arteriale se impune însă şi la tinerii la care se surprind valori tensionale crescute (peste 15 mmHg). La aceştia, hipertensiunea arterială este adesea întreţinută de malformaţii congenitale ale rinichilor sau arterelor rinichilor. Malformaţiile de rinichi care pot genera hipertensiune sînt : rinichii mici (hipoplazici) sau rinichii mari (rinichi polichistici), uneori existînd şi rinichi dubli, plasaţi în alte locuri decît lojile renale (rinichi ectopici sau rinichi în potcoavă).

Alteori, hipertensiunea arterială apare ca o consecinţă a glomerulonefritei, o inflamaţie a rinichilor determinată cel mai adesea de amigdalite acute sau cronice. De aceea, senzaţia exagerată de sete, apariţia unei urine roşii, tulburi, redusă cantitativ, ca şi a unor umflături (edeme) ale picioarelor sau ale pleoapelor, în special dimineaţa, sînt manifestări ale unei suferinţe renale, care trebuie să ne determine să consultăm medicul specialist. Usturimile la urinat, urinele urît mirositoare, febra şi frisoanele, senzaţia continuă de a urina, însoţită de dureri lombare, ne atrag atenţia asupra unei posibile infecţii urinare. Prezenţa microbilor în urină, determinată cu ajutorul analizelor de laborator, precizează diagnosticul. Durerile lombare care însoţesc bolile renale sînt de multe ori neglijate, fiind considerate drept spondiloză sau discopatie lombară.

Uneori însă, bolile rinichiului pot avea o evoluţie extrem de tăcută, fără nici unul din semnele menţionate. Primele fenomene care apar sînt legate de creşterea tensiunii arteriale şi anume : dureri de cap, în special dimineaţa, la trezire, sau după eforturi minime intelectuale, ameţeli, puncte luminoase în ochi, zgomote în urechi, uneori senzaţie de „vîjîială", alteori pierdere de echilibru.

Depistarea bolii renale are o importanţă deosebită, deoarece tratînd boala de fond poate dispărea şi hipertensiunea arterială. De aceea, este obligaţia bolnavului de a se observa cu atenţie şi de a coopera cu medicul, pentru a permite acestuia să aprecieze dacă hipertensiunea arterială este sau nu secundară unei boli renale.

ADENOMUL de prostată

Nu o dată se întîlnesc în cadrul serviciilor de urologie bolnavi în jurul vîrstei de 60 de ani care acuză diferite tulburări. Ei se plîng de micțiuni nocturne, care îi trezesc din somn de 3—4—5 ori, tulburîndu-le odihna, jetul urinar fiind slab și anevoios. Alteori însă, micțiunile sînt mult mai frecvente, atît diurne, cît și nocturne, producîndu-se la un interval de aproximativ 15—30—60 de minute, ceea ce le răpește orice posibilitate de odihnă. Sînt și cazuri cînd bolnavii se prezintă cu puternice dureri abdominale, produse de oprirea scurgerii urinei. Tot acest evantai de simptome are una și aceeași cauză — adenomul de prostată.

Prostata este o glandă întîlnită numai la bărbat, legată de funcția aparatului genital, localizată sub vezica urinară și înaintea rectului. Ea înconjură gîtul vezicii urinare și începutul uretrei, iar cu vîrsta — obișnuit după 40—50 de ani — începe să se mărească, tulburînd golirea vezicii. Tulburările sale de evacuare se desfășoară în trei etape, în următoarea ordine : compensare funcțională, stază urinară și distensie urinară.

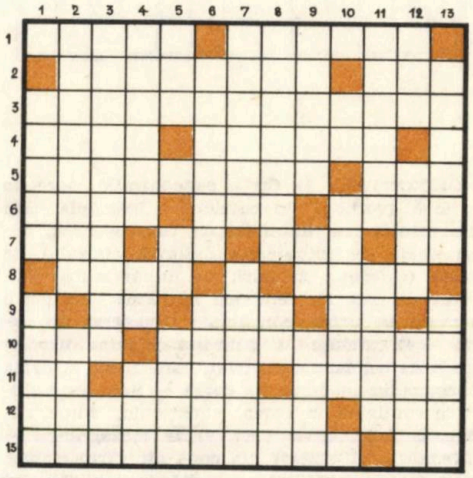
În prima etapă, mușchiul vezical se hipertrofiază pentru a putea învinge obstacolul creat de adenom și a goli complet vezica. Dar, cu timpul, prin mărirea sa în volum, rezistența crește. Mușchiul vezical, care a luptat la început eficient, începe să obosească și în consecință nu mai poate goli complet vezica. După fiecare micțiune rămîne o cantitate variabilă de urină, numită reziduu ; aceasta este cea de-a doua etapă, cu stază urinară. Bolnavul urinează tot mai des, jetul urinar începe să scadă în forță, să apară cu întîrziere și cu eforturi mari. Cînd cantitatea de urină rămasă în vezică, după micțiune, depășește 300 ml (cifră care este socotită ca volum normal), se trece în cea de a treia etapă, de distensie vezicală. Odată cu această etapă începe răsunetul asupra aparatului urinar superior. Urina reziduală reprezintă un obstacol pentru evacuarea urinei obișnuite, pe care ureterul o aduce de la rinichi. Acesta începe să se dilate, iar evacuarea făcîndu-se tot mai greu, se instalează uremia. De la început trebuie să precizăm că numai medicul este în măsură să recomande terapia cea mai adecvată. Astfel, la începutul bolii, cînd suferindul are tulburări de intensitate redusă, se recomandă băi calde de șezut, evitarea constipației, condimentelor, alcoolului și a frigului. Operația este rezervată numai cazurilor care nu cedează la tratamentul medicamentos și fizioterapic, cît și în situația prezenței calculilor. Momentul operator însă poate fi grăbit de apariția unei retenții complete de urină, care nu cedează la un cateterism uretral.

Pînă la cicatrizarea completă a locului unde s-a efectuat operația, bolnavul se va afla sub control medical. Totodată, i se vor administra dezinfectante urinare (Sulfametin, Nitrofurantoin, Septrin, Metenamină), precum și foarte multe lichide (la fiecare 2—3 ore cîte 200—300 ml apă, ceai, compot și sifon), pentru a se realiza și o spălare mecanică pînă la deplina vindecare.

Dr. Tr. Caracaș
medic primar urolog

ORIZONTAL : 1) Muc de țigară (fig.) — Agent patogen care, la marii fumători, poate produce cu ușurință infecții și supurații la nivelul pereților bronhiilor și bronhiolelor pulmonare, datorită slăbirii mijloacelor de apărare imunitare ale acestora. 2) Alcaloid foarte toxic din tutun — Pachet de țigări (mold.) 3) Mediator simpatic și hormon suprarenal, numit și *noradrenalină*. 4) Proastă dispoziție, plictiseală, din care cauză ar fuma unii — Substanțe care conțin hidrocarburi policiclice cancerigene și care se găsesc în concentrație mare în fumul de tutun inhalat (sing.). 5) Tratamente împotriva tabagismului ? Nu prea sînt eficace ! (Cele mai bune rămîn tot voința, autosugestia...) — Povară (înv.). 6) Altă denumire pentru acidul axinic — Sat în jud. Hunedoara — Din tutunul tăiat mărunt. 7) Fluviu european — Element chimic al cărui metabolism este perturbat la fumători (simbol) — Chemare — Mere ! 8) Irlanda — Fumată (fig.). 9) Oxidul de carbon, gaz prezent în fumul de țigară — Animal care poate fi omorît doar cu administrarea a 7 picături de nicotină (pl.) — 16) Mărășești ! 10) Țesătură din... tabac ! — Hidrocarbură considerată cancerigenă, aflată în cantități foarte mici în fumul de țigară. 11) 19 București ! — Celebră scriitoare franceză din secolul trecut, care a lansat moda fumatului cu pipa la femei — Leiți (reg.). 12) Aldehidă nesaturată din fumul de țigară, care inhibă mișcarea cililor vibratili cu care sînt prevăzute celulele mucoase care căptușesc pereții bronhiilor și care asigură curățirea aparatului respirator — Produs rezultat din arderea țigării, în care au fost identificați pînă acum peste 1 500 de compuși, din care cea mai nocivă, nicotina, constituie 0,04 % din greutatea lui. 13) Acid foarte toxic, prezent în fumul de țigară — Servește-te !

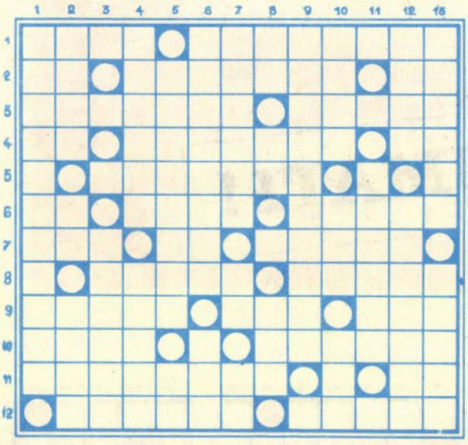
VERTICAL : 1) 20, de exemplu (cîte țigări sînt într-un pachet !) — Reprezintă un factor de risc suplimentar în dezvoltarea și apariția cancerului și maladiilor vasculare, cele două cauze principale ale mortalității în societatea modernă. 2) Lipsa poftei de mîncare, unul din simptomele intoxicației cu tutun — „Ustensilă" cu care se pedepsea fumatul și vînzarea tutunului în Rusia din sec. XVII. 3) Baze toxice, din compoziția fumului de țigară (sing.) — 35 Carpați ! 4) Alt acid toxic din fumul de țigară — 23 Aroma ! — Sunet (pop.). 5) Aglomerație compactă de foi de tutun suprapuse — Ceai ! — Oraș în Afganistan. 6) Fumul uneia singure conține 1 mg de nicotină, adică atît cît poate



să ucidă un cîine mare ! — Comună în jud. Timiș. 7) Cam 10—15 durează fumatul unei țigări — Nevinovat. 8) Nouă — Miros specific fumătorului — Număr (abr.). 9) Populații de limbă bantu din sud-estul Africii — 47 Diplomat ! — Oraș în R.P. Chineză. 10) O parte din drog ! — Alt acid, caustic și iritant, prezent în fumul de țigară. 11) Păreri — Judecător, în Scoția. 12) Monedă — Scrum (fig.) — Toc de piele pentru țigări, ochelari etc. 13) Boală necruțătoare cu localizări multiple, în care fumatul joacă un rol favorizant și agravant, mai ales în localizarea pulmonară, unde pericolul îmbolnăvirii crește de 10 ori la cei care fumează 10 țigări pe zi și de 30 de ori la fumătorii unui număr de 40 de țigări pe zi — Principalul organ care are mult de suferit de pe urma tutunului, cele mai favorizante afecțiuni fiind ateroscleroza, cu localizare coronariană (angina de piept) și infarctul miocardic.

Dicționar : RET, EIRE, BALN, CENEI, POAI.

Dr. **NICOLAE ANDREI**



ORIZONTAL : 1) Cu o concentrație mare de cafeină (vorbind de cafele) — Insomnia, una din principalele tulburări ale organismului, determinată de intoxicația datorită abuzului de cafea (cafeism). 2) Sorb pe jumătate ! — Durerea de cap, alt fenomen neplăcut care poate surveni în urma consumului exagerat de cafea — 47 cafeluțe ! 3) Senzația de bună dispoziție și de calmare a nervilor, care apare în urma consumului moderat de cafea — Substanțe chimice conținute în cafea (clorogenic, chinic, cafeic, coffalic, citric ș.a.). 4) 13 mazagrane ! — „Nemuritorul coborît din cer", ale cărui cîntece sînt cunoscute la noi datorită traducerilor lui Lucian Blaga, Adrian Maniu și Eusebiu Camilar — 67 marghilomane ! 5) Grupă de sporturi ce se practică în apă. 6) Cură ! — Părinte — Alt „prieten" ostil sănătății noastre, nelipsit de la consumul exagerat de cafeluțe. 7) Prăjit la maximum ! — Bei ! — Sindrom de tulburare a conștiinței, care apare în cafeismul cronic. 8) Aprilie (pop.) — Cum este abuzul de cafea pentru organism. 9) Varietate de sticlă transparentă la radiațiile ultraviolete — Drojdie de cafea — Literă chirilică. 10) A se învîrti — Abuzul de cafea (fig.) 11) Vertijul, altă tulburare a organismului pricinuită de abuzul de cafea — Ritm la inimă ! 12) Cea mai mare peninsulă de pe pămînt, unde se produce renumita cafea Moka, cu un parfum deosebit — Cînd este consumată rațional are calități stimulente asupra organismului, prin acțiunea cafeinei și acidului clorogenic.

VERTICAL : 1) Mișcări involuntare ale membrelor, determinate de intoxicația prin abuz de cafea (sing.). 2) Prea multă cafea ! — 2/5 zahăr — Alt simptom neplăcut determinat de cafeism. 3) Ne vinde fiole cu cafeină natriu-benzoică (pop.). 4) Jertfit — Moșul de la Unire. 5) Nervos, irascibil, cum devine cel care abuzează de cafea — Din Teba ! 6) Stare de neliniște, determinată de cafeismul cronic — Pentru servit café frappé. 7) Senzație neplăcută încercată de intoxicații cu cafea — În orz și în erzaț ! — Către. 8) Notă muzicală — Cămăși rustice — Fierbe cafeaua ! 9) Lipsa poftei de mîncare, altă consecință a abuzului de cafea. 10) Seninătate sufletească — Invitație la vorbă — Tinctură (abr. din rețete). 11) Deprinderea de a bea cafea. 12) Viitori țapi — Dereglare funcțională a cordului, frecvent întîlnită în cafeismul cronic. 13) În tratamentul intoxicației acute cu acest alcool, se recomandă și administrarea de cafea concentrată sau de cafeină natriu-benzoică — În intoxicația datorită abuzului de cafea este mult periclitată.

Dr. **NICOLAE ANDREI**

HERNIA HIATALĂ

afecțiune cu răsunet visceral complex

dr. I. Jocu

Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino", București

Herniile hiatale ale stomacului ocupă un loc important în patologie atît datorită frecvenței, cît și manifestărilor clinice variate, care pot crea uneori probleme de diagnostic.

Hernia hiatală reprezintă deplasarea în cavitatea toracică a unei părți din regiunea superioară a stomacului prin orificiul hiatal (esofagian) al diafragmei. Se știe că mușchiul diafragmei separă cavitatea toracică (unde se află plămînii, inima, vasele mari, esofagul etc.) de cavitatea abdominală (unde se află stomacul, intestinul, ficatul, splina etc.). Mușchiul diafragmei prezintă o serie de despicături (orificii) prin care trec formațiuni anatomice din cavitatea toracică spre cavitatea abdominală. Între acestea se află și orificiul esofagin al diafragmei (hiatul esofagin al diafragmei).

Hiatul esofagian al diafragmei este, așadar, orificiul prin care trece esofagul, care este atașat printr-un țesut lax, fibros, conținînd și fibre musculare (membrana esofago-diafragmatică). Esofagul prezintă o ușoară mobilitate la nivelul acestui orificiu. Forțarea acestui orificu și apariția herniei hiatale este determinată de factori locali și generali, deseori asociați. Astfel, modificări de conformație ale toracelui (cifoza, scolioza) sau ale abdomenului (în obezitate) determină lărgirea hiatului esofagian. Aceste modificări, care sînt de obicei întîlnite la persoane în vîrstă de peste 50 de ani, se însoțesc de o relaxare a musculaturii și de o laxitate crescută a membranei esofago-diafragmatice, factori favorizanți ai herniei. Creșterea presiunii intraabdominale, datorită unor mecanisme variate (eforturi fizice puternice, efort de tuse etc.) constituie un factor cauzal principal în producerea herniei. Se mai incriminează, ca avînd acțiune, spondiloza (leziuni degenerative ale coloanei vertebrale), care prin iritația provocată de osteofite (osificări marginale în formă de cioc) asupra nervilor simpatici, determină tulburări trofice prin vasoconstricție. Unii autori consideră că herniile hiatale sînt mai frecvente la bărbați, în opoziție cu alții după care acestea ar apărea mai des la femei.

Modificările topografice survenite la nivelul cutiei toracice, în urma instalării herniei hiatale, explică, în bună parte, diversitatea aspectelor clinice care se pot realiza. Bogăția mediastinului în țesut conjunctiv lax îi conferă acestuia o deosebită mobilitate, putînd să evite o perioadă de timp formațiunile care apar la acest nivel. Acest fapt explică de ce formațiuni care se dezvoltă la acest nivel pot să evolueze, un răstimp variabil, total latent, de ce hernii hiatale de mari dimensiuni pot fi asimptomatice. Apariția semnelor clinice este în funcție, printre alți factori, de compresiunile pe care segmentul herniat le exercită asupra organelor toracice (inimă, plămîn, mediastin), fapt care explică diferite aspecte sub care se manifestă. Trombozele venoase la nivelul pungii herniate, hemoragiile, anemia contribuie, de asemenea, la instalarea tulburărilor clinice ale herniei hiatale.

Bine tolerată în majoritatea cazurilor, hernia hiatală poate deveni uneori o afecțiune severă, datorită complicațiilor (ulcer, torsionarea pungii herniate etc.). Ea poate evolua — după cum am menționat — multă vreme total asimptomatic, fiind o descoperire întîmplătoare, neașteptată, cu ocazia unei explorări radiologice a tubului digestiv efectuată cu o altă indicație.

Mai frecvent însă, hernia hiatală se manifestă printr-o serie de simptome, pledînd pentru o tulburare a tractului digestiv sau se poate evidenția prin semne care să sugereze o afecțiune pulmonară, cardiovasculară sau hematologică. Astfel, hernia hiatală oferă exemplul unei suferințe cu răsunet visceral complex, ce poate crea unele ezitări în interpretarea diagnostică.

Forma asimptomatică a herniei hiatale nu constituie o raritate. Se pot întîlni uneori hernii hiatale gigante la persoane care nu au acuzat nici o simptomatologie clinică, fapt ce confirmă că intensitatea și bogăția manifestărilor clinice nu este proporțională cu dimensiunile segmentului herniat, ci cu compresiunile pe care acesta

le exercită asupra elementelor nervoase (iritația plexurilor nervoase sau zonelor reflexogene) și a organelor din vecinătate, precum și cu existența sau absența refluxului gastroesofagian, care favorizează esofagita peptică, respectiv cu microhemoragiile de la nivelul segmentului herniat, care duc la instalarea unei anemii.

Forma cu manifestări digestive a herniilor hiatale permite orientarea investigației clinice și paraclinice. De obicei tabloul clinic este dominat de dureri epigastrice și retroxifoidiene, care iradiază ascendent, în hemitorace. Durerile se pot însoți de arsuri, apărînd în legătură cu alimentația, în decubit, în anteflexie sau în eforturi de tuse. Uneori, se manifestă numai printr-o senzație de jenă sau de greutate epigastrică.

În unele cazuri se realizează un sindrom esofagian complet sau incomplet, în care disfagia (durerea la înghițire) poate să apară după primele înghițituri de alimente sau chiar de lichide. Regurgitațiile acide (revenirea alimentelor din stomac în gură), sialoreea (secreție crescută de salivă), eructațiile (rîgîieli), greturile și vărsăturile completează cadrul clinic.

Forma cu manifestări cardiace a herniilor hiatale se caracterizează prin dureri, care au caractere evocatoare pentru o tulburare coronariană, traducîndu-se prin crize precordiale, cu senzație de constricție toracică și cu iradieri în membrul superior stîng. Această simptomatologie reflectă de obicei o falsă angină pectorală. Există însă și cazuri în care este vorba de o asociere a unei hernii hiatale cu o angină pectorală.

Dar sînt unele particularități care ne permit să diferențiem o falsă angină pectorală de o angină adevărată. În falsa angină, durerile sînt independente de eforturi, apărînd în repaus, în raport cu alimentația (după primele înghițituri) sau în poziția culcat, uneori în cursul nopții, trezind bolnavul. Iradierea durerii se face spre marginea radială a membrului superior stîng. Durerea se calmează după schimbarea poziției din decubit în ortostatism. Vasodilatatoarele coronariene sînt ineficace. În angina pectorală adevărată, durerea apare în timpul efortului, iradierea făcîndu-se spre marginea cubitală a membrului superior stîng. Calmarea durerii se realizează prin vasodilatatoare (trinitrină) și în repaus.

În forma cu manifestări pulmonare a herniei hiatale ne atrage atenția accentuarea semnelor subiective prezentate de bolnav la trecerea din poziție ortostatică (verticală) în clinostatism (în poziție orizontală), precum și acelea care apar în legătură cu alimentația, care destinde segmentul herniat, mărind compresiunea asupra structurilor nervoase și a organelor toracice. Principalele semne care se disting sînt : dispneea (dificultatea în respirație) și tusea postprandială (după alimentație); uneori apar chinte de tuse.

Forma cu manifestări de tip anemic a herniei hiatale se întîlnește relativ frecvent. În producerea acestei anemii au fost incriminați numeroși factori : hipoaciditatea gastrică, fapt care conduce la o incompletă resorbție a fierului ; hiperfuncția splinei cu distrucția globulelor roșii, antrenată de tromboza venelor stomacului ; hemoragiile secundare esofagitei sau gastritei ; esofagita de reflux ; ulcerul peptic în hernii, hemoragiile. În apariția anemiei pot avea rol, de la caz la caz, oricare din agenții descriși, uneori aceștia intricîndu-se. Un rol important revine tulburărilor metabolismului fierului, fapt dovedit și de eficiența tratamentului de substituție cu preparate pe bază de fier.

Nu se constată un paralelism între mărimea herniei și anemie. Clinic, sindromul anemic se traduce prin paloare marcată, palpitații, astenie, dureri precordiale, dispnee. În unele cazuri, pot apărea semne care traduc carența de fier : ragade (eroziuni în colțul buzelor), afte (vezicule pe mucoase), tulburări ale fanerelor (părului, unghiilor), alte leziuni trofice ale mucoaselor. Examenul sîngelui evidențiază o anemie hipocromă de grade variate, uneori gravă.

Avînd în vedere caracterul asimptomatic al herniilor hiatale, examenul radiologic are o mare importanță în diagnosticul acestora, permițînd evidențierea lor.

Un mare număr de cazuri de hernii hiatale sînt compatibile cu un tratament medical. Accentul se pune pe o alimentație frecventă și în cantitate mică, evitîndu-se poziția strict orizontală. În cazurile cu hiperaciditate, se va aplica tratamentul alcalinizant. În general, ingestia de alcaline după mese, prin distensia stomacului produsă de bioxidul de carbon, poate deplasa stomacul în jos, eliberîndu-l din hiatus.

În cazurile în care rezultatul tratamentului medical nu este satisfăcător, se recurge la cel chirurgical, care urmărește reconstituirea anatomică a regiunii esofago-cardiotuberozitare, solidarizînd esofagul și regiunea superioară a stomacului de diafragmă, pentru a asigura continența orificiului esofagian al diafragmei.

hernia
predispoziție sau accident ?

Hernia este o boală relativ frecventă. Statisticile arată că un bolnav din zece internați în secțiile de chirurgie suferă de hernie. Diagnosticarea este, de obicei, simplă. Umflătura care apare la efort și dispare în repaus, cînd abdomenul este relaxat, este vizibilă și concludentă. Aceasta se datorește ieșirii parțiale sau totale a unui organ din cavitatea abdominală prin zone sau puncte slabe ale peretelui abdominal.

Apariția herniei este legată, de cele mai multe ori, de un efort puternic sau de eforturi mai mici și repetate. Herniile „de forță" apar după eforturi mari, mai ales după ridicarea de greutăți. Alteori, apariția herniei este lentă, așa cum se întîmplă la marii tușitori, la bolnavii suferind de constipație cronică sau cu dificultăți la urinare. Incriminarea efortului în apariția herniei explică, în bună parte, legarea sa de noțiunea de accident. În această categorie intră herniile dobîndite. Majoritatea herniilor au însă la bază o predispoziție înnăscută. Este cazul herniilor congenitale, în care defectul anatomic al peretelui abdominal favorizează ieșirea unui organ abdominal. Un astfel de defect anatomic poate să rămînă latent pînă la maturitate, cînd un efort mai mare asociat la slăbirea musculaturii și reducerea elasticității țesuturilor poate să determine apariția unei hernii. În acest fel, o hernie congenitală poate lua aspectul de hernie dobîndită.

Care este explicația apariției herniilor ?

Efortul fizic determină modificări ale presiunii intraabdominale, la care se pot adăuga presiunea crescută prin starea de plenitudine a organelor cavitare (intestin, colon, stomac, vezică) și alte cauze (tumori, ascită). Există un prag pînă la care peretele abdominal normal poate să facă față acestor presiuni crescute. Atunci cînd rezistența pe care o opune peretele abdominal este depășită de intensitatea efortului care modifică presiunea din abdomen, apare hernia. Aceasta este favorizată de existența unor zone slabe din punct de vedere anatomic. Așa sînt : ombilicul (cicatricea canalului prin care se făcea legătura circulatorie dintre placenta mamei și fătul intrauterin), canalul inghinal (prin care a coborît testiculul din abdomen în bursa scrotală), canalul femural (prin care coboară din abdomen vasele mari ale membrelor inferioare). Localizarea cea mai frecventă a herniilor în aceste zone este explicabilă. Denumirea herniilor este legată și ea de numele zonelor slabe descrise. De aceea, auzim mai frecvent vorbindu-se despre hernii ombilicale, hernii inghinale, hernii femurale.

Scăderea rezistenței și elasticității peretelui abdominal trebuie considerată ca elementul principal în apariția herniei, care trebuie înțeleasă ca o boală a întregului organism și mai ales a musculaturii. Sedentarismul și lipsa exercițiilor fizice raționale, depunerile excesive de grăsime sau obezitatea nu sînt deloc străine de creșterea frecvenței acestei afecțiuni în zilele noastre. La acestea se mai adaugă și alți factori care contribuie la creșterea permanentă sau de durată a presiunii intraabdominale. Astfel sînt : bronșitele cronice, constipația cronică, adenomul de prostată, stricturile uretrale. Aceste afecțiuni, întîlnite mai frecvent la vîrstnici, vin să se adauge la hipotonia peretelui abdominal, favorizînd apariția herniilor. Tratarea prealabilă a afecțiunilor menționate este necesară mai înainte de tratamentul herniilor.

Care sînt formele de manifestare ?

Herniile se manifestă prin apariția unor umflături (tumefacții), care apar sau cresc în timpul efortului (tuse, screamăt, ridicarea greutăților) și dispar sau se reduc spontan atunci cînd bolnavul se află în repaus, culcat pe spate, cu abdomenul relaxat. Herniile mai mari, voluminoase, se reduc mai greu și la intrarea lor în abdomen se aude un zgomot provocat de lichidele și aerul aflat în intestinul ieșit din abdomen. Alteori, este nevoie de introducerea manuală a conținutului herniei, prin manevre care poartă numele de taxis. Cînd sacul herniar devine aderent la țesuturile din jur, ca urmare a reducerilor repetate sau a altor traumatisme și inflamații, dispariția nu se mai face decît parțial și incomplet ; este vorba de herniile ireductibile sau încarcerate. Herniile mici sînt dureroase ; mai tîrziu, cînd orificiul

sau canalul herniar se lărgeşte, durerea se schimbă în jenă sau senzaţie de greutate (apăsare).

În ce constă tratamentul herniilor ?

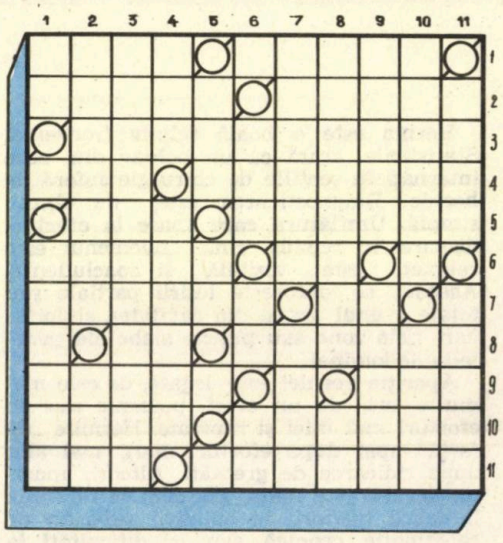
Singurul tratament eficace al herniilor este cura chirurgicală. Operaţia este simplă şi fără riscuri în formele incipiente. Herniile neglijate cresc în volum şi determină modificări în structura ţesuturilor din jur, necesare în acoperirea defectelor din peretele abdominal. În aceste condiţii, operaţia devine mai anevoioasă. Traumatizarea organelor ieşite din cavitatea peritoneală, prin reduceri repetate sau dificile, predispune la apariţia de aderenţe sau inflamaţii ale intestinului, colonului sau epiploonului, aflate în sac. Purtarea de bandaje herniare predispune la aceste situaţii. De aceea nu se justifică folosirea bandajului decît la bolnavii taraţi, care nu pot fi operaţi (cardiaci, astmatici, urinari cronici).

Dintre complicaţiile acestei boli, strangularea este cea mai redutabilă. Ea se recunoaşte prin blocarea sacului în afară, durere şi vărsături. Strangularea herniei este urmată de leziuni ale organului herniat, care merg pînă la gangrenare. Aspectul clinic este de ocluzie. Internarea de urgenţă se impune, iar intervenţia chirurgicală devine mai complicată. Pentru evitarea complicaţiilor redutabile, sfătuim pe purtătorii de hernii să se adreseze din timp la chirurg, condiţiile actuale tehnice chirurgicale şi de anestezie conferind deplina securitate şi rezolvarea optimă a bolii.

Prevenirea herniei este posibilă dacă ne gîndim la cauzele favorizante şi declanşatorii amintite. Atenţionăm, în mod special, pe bătrîni, tuşitori, sedentari, ca şi pe suferinzii de constipaţie cronică sau cu dificultăţi în urinare. De asemenea, pe toţi aceia care se expun la eforturi fizice mari, pentru care nu au pregătirea corespunzătoare. Ridicarea unor greutăţi, din faţă, ca şi lipsa gimnasticii musculaturii abdominale pentru combaterea hipotoniei peretelui, constituie, de cele mai multe ori, punctul de plecare al apariţiei acestei afecţiuni.

Dr. Mircea Constantinescu

A FRIGORE...



ORIZONTAL : 1) Unul din factorii meteorologici incriminaţi în apariţia mai frecventă, în timpul iernii, a bolilor căilor respiratorii, cardiovasculare, renale şi a celor infecţioase — Vătămător, aşa cum este aerul prea rece pentru organism. 2) Un timp extrem de rece (atenţie cum vă îmbrăcaţi !) — Bolnav de sezon. 3) Modificări locale ale ţesuturilor, sub influenţa frigului, care pot fi de diferite intensităţi (sing.). 4) Gerilă — Guturai, gripă (reg.). 5) Îngheaţă iarna — Inflamaţie acută catarală a mucoasei nazale, numită şi guturai, favorizată de frig şi de umezeală. 6) Influenţa... iernilor umede şi friguroase — Rău, fără inimă ! 7) Peşte din mările reci — Stau în frig ! 8) Ţurţure de gheaţă miniaturizat — Se conjugă cu... tusea şi junghiul ! 9) Catar al mucoasei trompei Eustachio — Iarnă fără nea ! 10) Adăpost de vreme rea ! — Unul din organele cel mai des afectate în sezonul rece. 11) Zgomot patologic bronhopulmonar — Afecţiune acută a rinichilor, zisă „a frigore", a cărei apariţie este favorizată de umezeala rece (ca şi stările de eclampsie, reumatismul şi afecţiunile acute benigne ale căilor respiratorii).

VERTICAL : 1) Polii frigului ! — Răcitor. 2) Înţepenire, frecventă în reumatism — A se epuiza. 3) Înecăcios, ca aerul extrem de rece. 4) Timp... prost ! (reg.) — În legătură cu vîrful cordului. 5) Ger uscat, fără zăpadă — Începe în toiul iernii. 6) Cancer (pop.) — George Coşbuc — Peste ! 7) Ţine discursuri — Mijlocaş la fotbal. 8) Inflamaţiile mucoaselor, adesea însoţite de secreţie (ca în guturai etc.) — Din nări ! 9) Despică lemnele (pl.) — Bătăile lor se accelerează iarna, odată cu scăderea presiunii atmosferice. 10) Boli ale căilor respiratorii, cum sînt guturaiul, gripa ş.a., care îşi fac apariţia o dată cu schimbările bruşte de temperatură şi mai ales în cursul zilelor ploioase şi friguroase — Timp posomorît, friguros. 11) A se muia, vorbind de ger — Zeiţa frecţiilor !

Dr. **NICOLAE ANDREI**

CURIOZITĂȚI

● După ce am fumat cîteva țigări, pulsul nostru crește la 90—120 de bătăi pe minut. Dar după... 1—2 pachete ?

◆

● Se crede că reumatismul este cunoscut din cele mai vechi timpuri. Arheologii au descoperit la scheletul unui dinozaur bătrîn de peste 1 milion de ani o vertebră dorsală ce prezenta numeroase semne de osteoartrită. Se cunoaște, de asemenea, o mumie de peste 10 000 de ani, a unui oarecare NEFERMAT, care avea semne de spondiloză.

◆

● Populația globului era în 1960 în jur de 3 miliarde de locuitori, iar în anul 2000 va atinge 5 miliarde de locuitori, așa după cum arată un raport al Națiunilor Unite asupra perspectivelor demografice mondiale.

◆

● Musca constituie cel mai mare dușman al sănătății omului. Zburînd prin toate gunoaiele, ea transportă pe corpul și labele sale peste 5 000 000 de microbi.

◆

● Se știe cît de mult efort depune un cercetător într-un domeniu oarecare de activitate pentru a descoperi ceva nou. Recent, calculatoarele electronice au stabilit că pentru punerea la punct a unui nou medicament sînt necesare 58 000 ore de lucru.

◆

● Robert Hughes a fost cel mai greu om din lume. El cîntărea la naștere 5 kg, iar la vîrsta de 10 ani avea 171,5 kg. Ultima lui greutate, în perioada deplinei maturități, a fost de 485 kg. Robert Hughes măsura 1,81 m înălțime, avînd o talie de 3,15 m! Interesant este faptul că acest uriaș, cu o forță excepțională, era extrem de fricos, temîndu-se mai ales de viețuitoarele mici.

◆

● În timpul unei conferințe ținute la Londra, cercetătorul englez Sir Berkeley Moiniham a făcut o senzațională comunicare. Colegiul unde activa păstra de 100 de ani, într-un borcan, intestinul lui Napoleon, menținut în perfectă stare, dar prezentînd o tipică leziune dizenterică.

Pentru ca francezii să nu atribuie englezilor responsabilitatea morții împăratului lor, exilat pe insula Sfînta Elena, a lăsat ca istoria să considere că Napoleon ar fi plecat dintre cei vii datorită unui cancer al stomacului și nu dizenteriei.

Culese de prof. **Leontina Lupescu**

VIS MEDICATRIX NATVRAE

Hipocrate şi medicii greci ai antichităţii, pentru care boala, suferinţa, nu mai erau considerate drept manifestarea unei voinţe supranaturale, ci ca o expresie a unor tulburări ale funcţiilor biologice, aveau mare încredere în *„vis medicatrix naturae"*. Şi aceasta, nu pentru că mijloacele terapeutice de pe acea vreme erau limitate, ci pentru că, aşa după cum bine ştim, „puterea tămăduitoare a naturii" este într-adevăr nelimitată. Dar anticii, ca de altfel şi medicina modernă, nu se limitează numai la capacitatea aproape miraculoasă a organismului de a-şi reface singur sănătatea, dar şi la uriaşa forţă de vindecare a naturii, a factorilor naturali ai mediului în care trăim.

Organismul uman dispune de mecanisme deosebit de fine şi de sensibile de autoapărare, de intervenţie, el dispune de însuşirea de a-şi menţine constante chimismul interior, funcţiile vitale, însuşire pe care fiziologul american Cannon a numit-o homeostazie. Aceasta înseamnă că el reuşeşte singur — ca un adevărat automat — să-şi păstreze în limitele vitale echilibrul dinamic al sănătăţii. De menţionat că, în accepţiunea modernă, sănătatea este privită ca o calitate a vieţii, care presupune o interacţiune şi o necontenită interdependenţă între condiţia fizico-mintală a organismului şi mediul. Ca un adevărat aparat cibernetic, organismul uman dispune de o complexitate de circuite care îi asigură reglarea funcţiilor vitale, a metabolismului în raport cu necontenitele variaţii şi solicitări ale naturii sau cu apariţia unor factori dăunători : microbi, toxine etc.

Şi natura, mediul înconjurător cu toţi factorii săi naturali (apele, aerul, pămîntul, pădurile, radiaţiile solare şi cosmice etc.), ca şi ambianţa făurită de mîna omului, îşi au un echilibru propriu, propriile lor mecanisme de autoapărare. Ca şi organismul uman, natura se străduieşte să-şi menţină „sănătatea", echilibrul său ecologic, problemă care — aşa cum se ştie — ocupă un loc primordial în condiţiile civilizaţiei moderne. Iată de ce şi la noi, ca şi în multe alte ţări în care industrializarea se desfăşoară impetuos, laolaltă cu construirea de noi aşezări umane, cu urbanizarea, ocrotirea naturii constituie o problemă prioritară.

Studii ample sînt dedicate aşa-numitului habitat, respectiv alegerii şi amenajării zonelor de locuit în concordanţă cu cerinţele de protecţie a naturii, cu cerinţele sănătăţii şi confortului uman. Într-adevăr, cuceririle tehnico-ştiinţifice, cu aplicaţiile lor practice, pe lîngă uriaşele avantaje pe care le aduc omului, au şi un revers negativ, de care trebuie ţinut seama : poluarea naturii, degradarea sănătăţii mediului în care trăim şi aceasta pentru că natura are şi ea echilibrul său, propriile sale mecanisme de apărare, propriul său metabolism, ca şi organismul uman. La om, cînd balanţa dintre asimilaţie şi dezasimilaţie, proces ce se desfăşoară într-un mod extrem de riguros, prezintă devieri, cînd metabolismul trebuie să facă faţă unor situaţii care depăşesc capacităţile sale de a-şi menţine echilibrul, se tulbură funcţiile vitale, apărînd boala. Şi natura, mediul înconjurător în care trăim şi muncim, în care ne recreem, se poate dezechilibra, se poate degrada, în cazul în care există o supraîncărcare cu reziduuri, cu produse toxice, cu variate impurităţi. Or, într-o atare situaţie, natura, în loc să constituie izvor de sănătate, în loc să-şi manifeste „puterea ei vindecătoare", poate deveni, dimpotrivă, un factor patogenetic, provocator de boală. Este pe deplin dovedit — nu numai ştiinţific, dar şi din experienţa vieţii — că există o strînsă corelaţie între starea de sănătate şi echilibrul ecologic al mediului în care trăim : un mediu insalubru, poluat, este un factor potenţial de îmbolnăvire, în timp ce o ambianţă igienică, un mediu cu aer curat, favorizează sănătatea.

La noi, ca şi în numeroase alte ţări, preocuparea pentru protecţia naturii reprezintă o constantă, materializată în „Legea privind protecţia mediului înconjurător", votată în 1973 de Marea Adunare Naţională, lege care prevede nu numai măsuri concrete pentru ocrotirea naturii, dar şi o largă acţiune de instruire şi de educare a populaţiei. Dar această legislaţie nu poate da rezultatele scontate, dacă gospodarii oraşelor şi comunelor, dacă toţi cetăţenii nu se manifestă cît mai grijuliu faţă de natura binevoitoare, care trebuie cruţată pentru a ne pune la dispoziţie factorii ei binefăcători sănătăţii noastre. Aşa după cum spunea cu peste 2 000 de ani în urmă „părintele medicinii", Hipocrate, marele medic al Greciei antice, despre care se spune că a trăit 104 ani, în lucrarea sa „Despre aer, apă, locuri", „...pentru a te apăra de boli, tre-

buie să faci astfel ca şi condiţiile externe, ale naturii, să fie ocrotite", şi tot el arăta că, pentru a-şi păstra sănătatea şi pentru a-şi prelungi viaţa, omul are nevoie de *aer curat*, de plimbări, de gimnastică chibzuită.

Se poate afirma că modul în care se prezintă astăzi oraşele şi comunele din ţara noastră, sub raportul salubrităţii, al aspectului general, estetic, constituie o expresie a nivelului de cultură sanitară a populaţiei, în necontenită creştere, o manifestare a dezvoltării conştiinţei igienice, a unei noi conştiinţe ecologice a cetăţenilor.

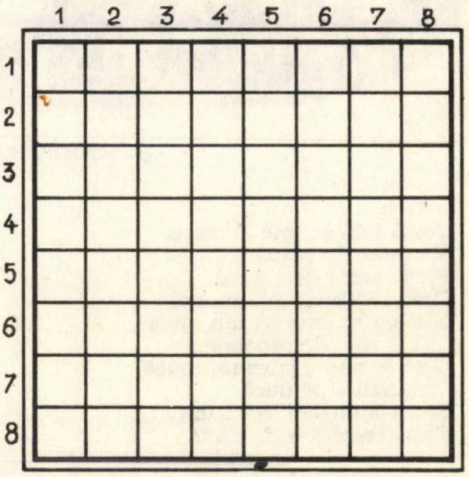
Se înţelege deci, că protecţia naturii este un obiectiv al fiecărui cetăţean în parte, al fiecărei comunităţi de muncă şi de viaţă. Este necesar, aşa cum se arată în Declaraţia Conferinţei mondiale asupra mediului, ţinută la Stockholm, „ca fiecare cetăţean să cunoască acţiunile simple pe care ar putea să le efectueze, în limita posibilităţilor lor, în vederea protejării mediului natural". Pentru a feri de viciere aerul pe care-l respirăm (introducem în plămîni aproximativ 500 de litri de aer pe oră), pentru a evita contaminarea apei, degradarea solului, a parcurilor, a zonelor de agrement, este necesar să evităm atît pe plan industrial, cît şi la nivelul gospodăriei noastre, orice factor de impurificare a mediului, printr-o depozitare corectă şi evacuarea la timp a apelor uzate, a deşeurilor, a gunoaielor menajere, pentru a nu le transforma în medii toxice şi de cultură pentru microbi, în izvoare de miasme, pentru a elimina totodată aspectul inestetic, dizgraţios.

Vorbind despre poluarea mediului, ne referim la cei care-şi impurifică locuinţa cu fumul de ţigară, la împrăştierea şi aruncarea neglijentă a tot felul de reziduuri, la conducătorii de autoturisme sau camioane, care circulă cu motoare defecte, favorizînd emanarea unor mari cantităţi de gaze de eşapament, deosebit de nocive, la turiştii care maltratează pajiştile, pădurile, parcurile.

Ca să ne bucurăm de influenţa binefăcătoare a rîurilor şi lacurilor, a pădurilor, a soarelui, ca să putem admira paleta multicoloră a florilor din grădini, ca să inspirăm mireasma parfumului vegetaţiei din crînguri şi să admirăm apele cristaline ce zburdă prin munţi, să ne purtăm ca nişte adevăraţi prieteni ai naturii, căci ea ne va răsplăti : orice reîntîlnire cu natura va fi o sursă de relaxare, de refacere a echilibrului nervos, de desfătare, de creştere a voloşiei.

Şari Penciu

pătrăţel 8×8



(orizontal şi vertical la fel)

1) A grăbi desfăşurarea unui proces, a unui fenomen. 2) Cu climă potrivită pentru tratarea unor boli sau pentru odihnă (masc.). 3) Divertisment periculos pentru sănătate (dimin.). 4) Conceput, creat. 5) Boală virotică proprie vîrstei copilăriei. 6) Traseu pe cărări de munte. 7) Lăutari (reg.). 8) Cu calităţi deosebite.

tratament eficace

(Metagramă : x x o x x x x x)

Procesele patogene
Se pot vindeca rapid
Cu un tratament ... lichid,
Aplicat în muşchi şi vene.

ADAM STOICA

****

(microconferință umoristică)

Toată lumea, mic și mare,
Vorbește de poluare...
Fără teamă de ridicol,
Cred că Terra e-n pericol.
Nimeni nu mai dă din umeri,
Se fac sute de propuneri,
Cînd le-aud... jalea m-apucă,
Oxigenul e pe ducă
Și-o s-ajungem în curînd
Ca să respirăm pe rînd.

Mai acută e-ntrebarea,
Privind micropoluarea,
Unde inamicul unu,
Cum se știe, e TUTUNUL !

Eu am spus de-atîtea ori
Că sînt prea mulți fumători...
Dacă nu găsim rețeta
Or să facă scrum planeta.

Nu poți tu să faci un pas
Să nu-ți sufle fumu-n nas !
Dacă n-ai plămîni de focă,
Într-o oră te sufocă.
Eu le spun : Salut ! Noroc !
Ei de colo : Ai un foc ?

Colegii mei de birou
Mă consideră erou.
Stînd în fum opt ore-n șir,
Am șanse s-ajung martir.
Pîn-la trei și jumătate
Respir doar pe apucate.
La sfîrșitul săptămînii
Trebuie să-mi spăl plămînii.

Încadrat între „lulele"
Am ajuns oase și piele.
Mulți mă-ntreabă ce consum ?
Le răspund : Negru de fum !
Prietenii și soția
S-au deprins și-mi spun : „mumia"...
De-oi muri, doamne ferește,
Sarcofagu-mi mai lipsește,
Și de la biroul meu,
Trec direct într-un muzeu.

Sînt și printre fumători
Oameni înțelegători,
Care nu fac din birou
Catacombă sau cavou.
La servici, din plictiseală,
Fumează mai mult pe sală.
Stau un pic și ies duium
Să inspire... doar un fum.
Rezemînd cîte-un perete,
Din chiștoace trag cu sete.
Alții fumează „la rece",
Spun un banc... și timpul trece,
Că fumătorii de viță,
Au orar... de grădiniță.

Oi fi eu cam pesimist,
Dar nu pot să mai rezist...
N-are rost espectativa
Cînd alți-mi pîndesc coliva...
Deci, cu ultimul elan,
Am elaborat un plan :
Cred că singurul remediu
E adaptarea la mediu.
De ce să-mi fac eu venin,
Cînd a spus-o și Darwin
Și toată lumea cunoaște
Cum s-au făcut peștii... broaște.

Nu mai stau aspirator
La cheremul tuturor...
Renunț ferm la vitamină
Și o dau pe nicotină.
Fără pic de remușcări,
Mă duc să-mi cumpăr țigări,
Mai ales c-am auzit
Că s-au îmbunătățit.
Ard ca și fumul de pușcă
Iar ca gust... aduc a ciușcă.

Eu mă mulțumesc oricum...
E destul... să scoată fum.
Dacă nu-i altă scăpare,
Să vedem, care pe care ?
Mă răzbun la cataramă...
Într-o lună-i fac pastramă !
Și în loc de : Hai noroc !
Am să strig : Aveți un foc ?

Ștefan Balaci

din UMORUL clasic

Cum moare spadasinul

Un spadasin celebru, aflîndu-se grav bolnav, chemă medicul şi, după consultaţie, îl întrebă :

— Spune-mi sincer, doctore, crezi că mai pot scăpa ?

Drept răspuns, medicul clătină din cap, în semn de îndoială.

Atunci, bolnavul strigă :

— O sabie ! Daţi-mi o sabie !

Speriat şi cunoscînd antecedentele pacientului său, medicul încercă să-l calmeze.

— O sabie ! — continua acesta să strige.

— Ce vrei să faci cu ea ? întrebă medicul, măsurînd cu privirea distanţa ce-l separa de ieşirea din cameră.

— Ce întrebare ? — rosti bolnavul — dar, doctore, un om ca mine nu poate muri decît cu arma în mînă.

Silueta tragedienei

Cineva l-a întrebat pe medicul curant al celebrei tragediene Sarah Bernhard, dacă era adevărat că silueta acesteia prezenta o slăbiciune ieşită din comun.

— Încă din tinereţe — a răspuns medicul — era aşa de slabă, că dacă lua o pilulă avea aerul că e însărcinată.

Cauza

Regele Henric al IV-lea l-a întrebat, într-o zi, pe un ţăran, de ce barba lui e neagră în timp ce părul îi e alb ?

— O, Sire — răspunse acesta — pentru că barba mea e mai tînără cu douăzeci de ani decît părul.

Traducere de ION VULPESCU

plantele medicinale în epoca romană

După cum menţionează Cato cel Bătrîn (234—149 î.e.n.), romanii au trăit mult timp fără medici, dar nu şi fără medicină, fiindcă experienţa îndelungată pentru cunoaşterea naturii înconjurătoare şi descoperirea calităţilor tămăduitoare ale unor plante i-au dus la un complex de cunoştinţe, respectiv la „ştiinţa ierburilor de leac" *(scientia herbarium)*, ceea ce a constituit medicina lor primitivă, împletită cu practici magice, descîntece şi vrăjitorii. Preluînd de la înaintaşi experienţa acestui domeniu, *pater familias* prepara un amestec din mai multe substanţe sub formă de lichide, prafuri sau unguente, pe care le folosea în anumite împrejurări. Aceste remedii personale au rezistat mult timp, chiar şi după apariţia medicilor.

La grecii antici circulau anumite cataloage, în care „rizotomoşii" sau „tăietorii

de rădăcini" descriau indicațiile ierburilor de uz medicinal. Și la Roma se foloseau asemenea cataloage, iar vînzătorii de substanțe erau cunoscuți după felul unguentelor, alifiilor, rădăcinilor, drogurilor, ierburilor, plasturilor și al substanțelor aromate pe care le desfăceau : *unguentari, seplasari, aromatari, turari, pigmentari* etc. Se preparau uleiuri din trandafir, mirt, crocus, chiparos etc. Din Creta se expediau droguri medicinale, altele fiind aduse din Orient, printre care farduri întrebuințate de femei, uneori și de bărbați.

Cravates (sec. II-I î.e.n.), medicul lui Mitridate, a întocmit un tratat de botanică și toxicologie, pe care l-a numit *Rizotomion*, în care fiecare plantă era ilustrată și însoțită de scurte note farmacologice.

Medicul militar *Dioscoride* care a slujit sub împărații Claudiu (41—54) și Nero (54—68) a descris în *De materia medica* aproximativ 600 de plante, indicînd boala în care se foloseau. Grupate pe familii, plantele purtau denumiri grecești și latinești, iar în cel mai vechi manuscris ce se păstrează de la Dioscoride sînt interpolate, din sec. III, și 26 numiri dacice de plante medicinale.

Pliniu cel Bătrîn (24—79) a lăsat 16 cărți de *Istorie naturală*, consacrate plantelor și remediilor extrase din ele. El spunea că planta aromată *laserpicium* sau *silphium* ori *aerelul* avea multiple întrebuințări : din rădăcină se extrăgea și rășină (laser), ce vindeca rănile de tot felul, furunculele, anihila efectul nociv al mușcăturilor de șarpe și de scorpion, da bune rezultate în durerile de gît, în tratamentul astmei, hidropiziei, epilepsiei, icterului și pleureziei, fiind un calmant pentru multe dureri. Mușțarul anihilează efectele veninoase ale ciupercilor, amestecat cu suc de curcubată înlesnește vindecarea epilepsiei; cu rădăcini de crin se tratează arsurile și se vindecă plăgile cu puroi, ca și bolile de ochi. Pentru tuse — spunea Pliniu — romanii foloseau hrean cu miere, morcov și podbal *(Tussilago)* ori lumînărica domnului *(Verbascum)*, ca și nalba *(Althae officinalis)* fiartă în lapte. În abcese și uime foloseau *plantago omnium generum ulceribus medetur* (pătlagina), iar *rosmarinum auget et lac in vino potum* (grăunțe de rosmarin, luate în vin) aduc lapte mai mult *(lactus ubertatem fecit)* mamelor ce alăptează.

La cererea împărătesei Plotina, greco-romanul Criton, medicul împăratului Traian (98—117), a scris tratatul *„Pharmaka Kosmetika* (Medicamente cosmetice) în care sînt folosite multe plante medicinale.

Galen din Pergam (129—201), figura cea mai proeminentă a medicinii elenisto-romane, a scris sute de opuri în diferite domenii, printre care și un tratat special despre *Teriacă*, în care intrau 70 de ingrediente, în rîndul lor aflîndu-se și cîteva plante medicinale. Tot el ne-a lăsat lucrarea *Despre amestecurile de ierburi medicinale și proprietățile acestora*, unde sînt întîlnite nenumărate opiacee și ceaiuri, ca și așa-numita medicație *placebo*, în care sugestia, prin intermediul unor substanțe inofensive, substituite medicamentului, joacă un rol preponderent.

De herbarum virtutibus, compilația lui Pseudo-Apuleius scrisă în sec. IV-V, cuprinde nenumărate plante medicinale, printre care sînt întîlnite și 32 de denumiri dacice, 18 fiind socotite de origine traco-dacică, iar restul denumiri corupte latinești și grecești.

După îndelungate studii, cercetătorii români și străini au reușit să identifice din plantele menționate în manuscrisul lui Dioscoride și Pseudo-Apuleius, multe dintre numirile dacice, ca : *coadama* sau *coalama* (limbariță), *dielleina* (măselariță) *olmo* (socul), *mizela* (cimbru), *koikodila* (păpălău), *riborasta* (brusturele), *salia* (ciumăfaie), *skiare* sau *skite* (scaiul) etc., plante ce se găsesc și astăzi pe teritoriul Daciei de altădată, în țara noastră.

Astăzi, mai mult ca oricînd, plantele medicinale sînt din ce în ce mai mult studiate cu mijloace moderne, aria lor lărgindu-se și la plantele ale căror proprietăți erau mai puțin cunoscute sau complet ignorate, astfel încît farmacodinamia se îndreaptă cu precădere către prepararea medicamentelor din principiile active ale plantelor cercetate.

Ing. V. Bercuș
și C. I. Bercuș

ESTIVALĂ

Pe litoralul Mării Negre oameni ai muncii, tineri și vîrstnici, femei și copii, vin de pretutindeni să-și petreacă concediul de odihnă. Nu toți însă cunosc cum acționează climatul maritim, băile de mare și soare asupra organismului.

Organismul fiecărei persoane venite din altă parte a țării în stațiunile de pe litoral necesită o scurtă perioadă de obișnuire. De aceea, se recomandă la început o expunere la soare cît mai rațională și cît mai multe ore de odihnă și de somn.

Înainte de a începe cura de mare, este bine să fie consultat medicul. Persoanele nervoase pot reacționa uneori într-un mod deosebit la climatul maritim. Astfel, ele pot căpăta insomnii, stări de agitație, palpitații cardiace etc. Asemenea stări pot atrage atenția asupra existenței unor boli care sînt influențate negativ de razele solare de la mare. Este foarte indicat ca pentru copiii sub cinci ani să se facă în prealabil o radioscopie pulmonară și să se ceară avizul medicului pediatru, care va aprecia dacă aceștia au voie sau nu să facă băi de soare. Chiar după ce cura la mare a fost începută, de îndată ce se observă o modificare în starea normală a copilului, examinarea acestuia de către medic este absolut necesară.

Băile de soare pot fi făcute de orice om sănătos. Ele dau rezultate foarte bune în tuberculoza osoasă, articulară, ganglionară etc. Helioterapia este indicată, de asemenea, în unele forme ale reumatismului cronic, în rahitismul la copii, în diferite afecțiuni ginecologice, boli de piele cronice etc.

Nu vor face băi de soare cei suferinzi de hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, hipertiroidism, bolnavii de tuberculoză pulmonară evolutivă, cei ce suferă de reumatism și sînt în plin puseu acut, avînd febră sau viteza de sedimentare crescută. Femeilor gravide, începînd din luna a 5-a, le sînt interzise băile de soare.

Expunerea la soare trebuie făcută rațional, pentru a evita arsurile, frisoanele, oboseala, palpitațiile și febra, iar la copii diareea, slăbirea și vărsăturile. Copiii fac mai ușor insolații decît adulții. De aceea, băile de soare la copii vor începe cu ședințe de 1—4 minute zilnic. Ele vor crește progresiv cu 2—3 minute, ajungîndu-se pentru copiii mai mici la 60 de minute expunere la soare pe zi, iar pentru cei mai mari, la 90 de minute, cel mult două ore pe zi. Pentru adulții sănătoși se recomandă ca în prima zi să facă trei ședințe a cîte 3 minute pe spate și 3 minute pe față, cu pauze de 15 minute, la umbră, între ședințe. În zilele următoare, timpul de expunere la fiecare ședință va crește cu 2—3 minute, respectîndu-se pauzele, pînă ce se ajunge la 120 de minute zilnic ; apoi se va continua cu două ore pe zi.

Pentru o bronzare uniformă, se vor expune, pe rînd : spatele, pieptul, mîinile, picioarele.

Poziția culcat este cea mai indicată în băile de soare. Copiii și bătrînii vor avea capul acoperit cu pălării de paie sau bonete, fiind mai ușor expuși insolației. Orele cele mai indicate pentru plajă sînt între 7—11 și 16—18 și în nici un caz pe stomacul gol sau imediat după masă.

Dr. GH. M. GHEORGHE

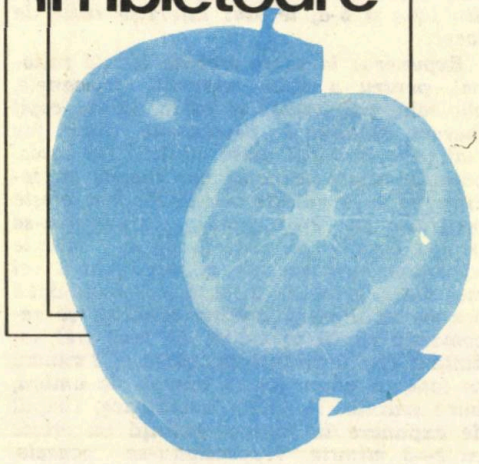
ÎNTREBARE PROFILACTICĂ

(Triverb : 4, 9, 4 ?)

CCCAT

ADAM STOICA

parfum și aromă îmbietoare



Parfumul pătrunzător și aroma lămîilor, portocalelor, mandarinelor și grepfrutu-rilor au făcut din acestea cele mai căutate fructe citrice în sezonul rece. Importate din țările calde, unde datorită regimului permanent de căldură și umiditate se dezvoltă corespunzător, fructele citrice cunosc din ce în ce o mai mare întrebuințare într-o serie de afecțiuni. Astfel, ele sînt folosite în bolile de ficat, în bolile eruptive cu temperatură mare, în convalescența unor boli generale ale organismului, în stările de oboseală cu scăderea forței musculare, în bolile de rinichi, precum și în cele de inimă, în hipertensiunea arterială, în unele intoxicații, în asteniile copiilor și adolescenților etc.

Fructele citrice, adică toate fructele care au în compoziția lor acid citric (cel care le dă gustul de dulce-acrișor), conțin pe lîngă acest acid și vitamina C (50—100 mg%), zahăr (15—20 g%), calciu, fosfor și fier.

Efectul binefăcător al acestor fructe plăcut aromate a fost descoperit cu ocazia unor navigații pe mările și oceanele lumii, cînd, hrănindu-se numai cu alimente conservate și uscate, fără pic de crudități, marinarii se îmbolnăveau de scorbut. Gingiile li se umflau și sîngerau, dinții le căzeau din gură, sub piele și mușchi apăreau puncte hemoragice, iar întreg organismul era cuprins de oboseală.

Dar cu ocazia escalelor în porturile din țările cu climă caldă, consumînd printre altele și portocale, lămîi, mandarine și grepfruturi, ei au constatat că starea lor generală se ameliorează și că încet, încet își revin la normal. Acesta era efectul substanțelor conținute în sucul de citrice.

Cercetările ulterioare au arătat că fructele citrice conțin, alături de vitamina C, și alte vitamine, precum și substanțe minerale absolut necesare bunei dezvoltări și funcționări ale organismului. Toate acestea aduc un aport însemnat la dezvoltarea țesuturilor, la tonificarea capilarelor sanguine, la creșterea și întărirea oaselor și a dinților. În lipsa lor suferă ficatul, țesutul nervos, pielea și majoritatea glandelor cu secreție internă.

Omul adult are nevoie de 30 mg/zi de vitamina C, iar copiii de o cantitate de 5—7 ori mai mare decît a adultului. Aceasta înseamnă (cu oarecare aproximație) că dacă consumăm 1—2 portocale pe zi (adulții) sau un grepfrut (copiii), 2—3 mandarine (copiii, adolescenții) sau zeama de la o lămîie stoarsă, îndulcită și completată cu sifon sau apă pînă la 200 ml, acoperim necesarul de vitamina C. În lipsa citricelor, merele, perele și zarzavaturile, carnea însăși, ne oferă cantitatea corespunzătoare de vitamină C și săruri minerale.

Reținem, așadar, că este necesar să folosim citricele în sezonul de iarnă și primăvară, iar în restul anotimpurilor să consumăm fructele și zarzavaturile ce le oferă cu multă dărnicie natura.

Dr. GH. M. GHEORGHE

·DIAGNOSTIC·

(Triverb ilustrat : 9, 1, 6)

CARTE DE VIZITĂ
(10, 11)

PATRICIA ALFIERI
Reşiţa

Aflaţi, prin anagramare, prin ce mijloc de prim-ajutor a fost readusă la viaţă tovarăşa de mai sus.

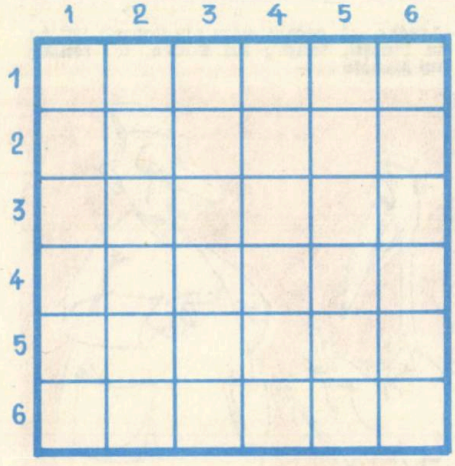
CARTE DE VIZITĂ
(13)

C. ROMAN
Piteşti

Aflaţi, prin anagramare, ce antibiotic i s-a administrat tovarăşului de mai sus.

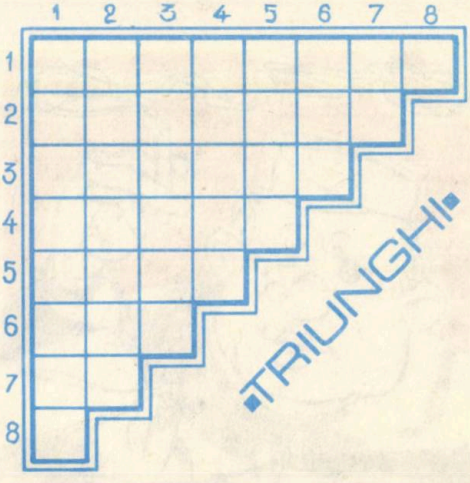
ADAM STOICA

·pătrat medical·



(orizontal şi vertical la fel)

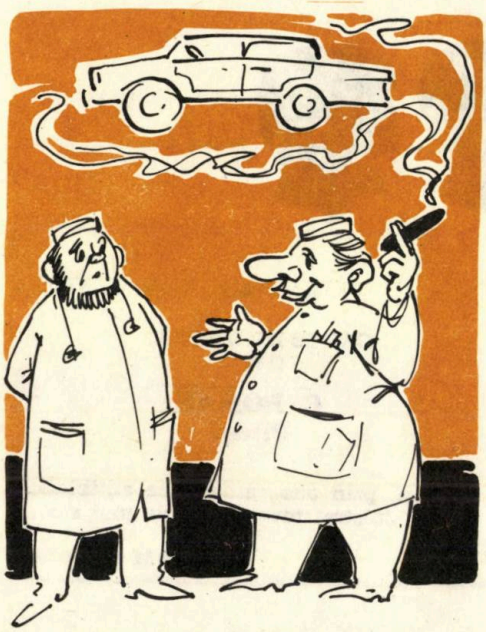
1) Din ţinuta personalului sanitar. 2) Asistenţă medicală de urgenţă. 3) Deplasări accidentale ale unor oase. 4) Bolnav de tuberculoză pulmonară (pop.) 5) Coşul pieptului. 6) Înroşirea pielii.



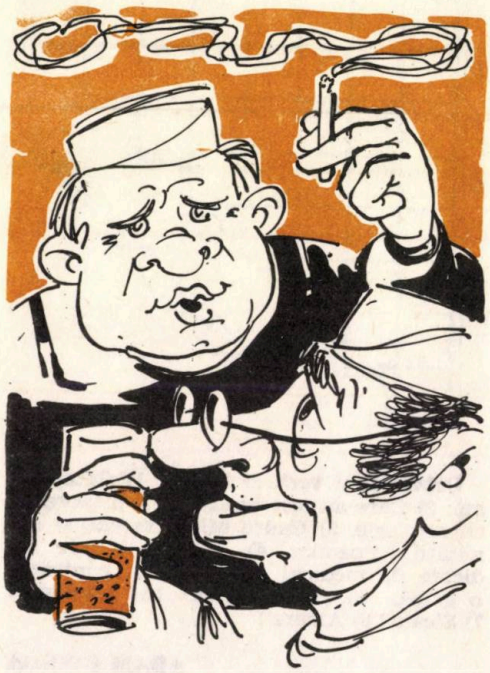
Orizontal şi vertical la fel : 1) Cataplasmă. 2) Care au fost supuşi unor intervenţii chirurgicale. 3) Cadre aflate în slujba sănătăţii oamenilor. 4) A fixa literele indicate de medicul oculist. 5) A contracta o gripă. 6) Introducere în etiologie ! 7) Sieste ! 8) Amare !

ADAM STOICA

PILULE de JEAN U.

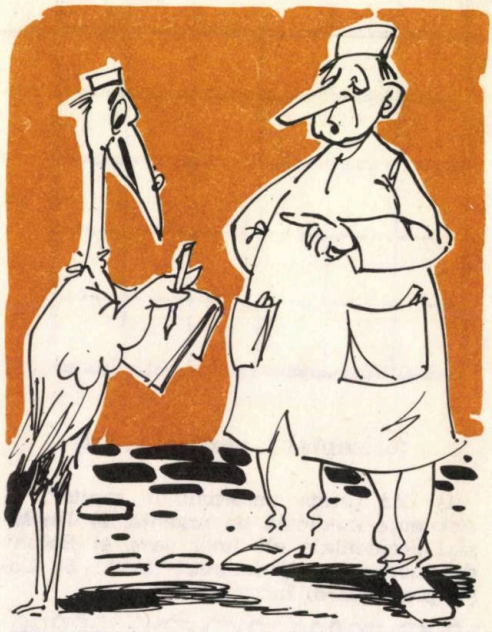


— Cum am fumat o mașină ? Simplu : într-o zi 16 lei, într-o lună 480, într-un an 5 760, în 10 ani 57 000 !...



— Eu i-am recomandat să se lase de fumat !
— Eu de băut ! Hai noroc !...

— Așadar, să recapitulăm : la Popești, băiat ; la Ionești, fetiță ; lui Sofica, tot fetiță ; lui Manole ...



— Şi cum spuneaţi că vreţi să mă operaţi ?
— A la grecque !...

— Ce facem cu ăsta, tovarăşe profesor ?
— Facem pe dracu' ! ăsta se crede cioban !...

— Eu îmi doresc fetiţă. Dar tu ?
— Eu, să trăiască mama ...

— Şi ce spuneai că vrei, fiule ?
— Aş dori ca pe vecinul meu, Grigore, să-l opereze tot doctorul..

Dezlegarea jocurilor rebusiste

Pag.164 MEDICINA PE ECRAN : Greta Garbo ; Vraci ; Etaix ; Ie ; Ciclist ; Alfa ; Ion ; Ar ; Tap ; Muzeu ; U ; At ; Iulia ; OR ; I ; Maree ; Ana ; Nb ; Uni ; Miel ; Viagă ; Muni ; Iar ; Uşor ; Lf ; Nilo ; Tr ; Ali ; Ge ; Scatiu ; L ; Ermler ; Drum.

Pag. 165 TEATRU... sub semnul lui Esculap : Nae Girimea ; T ; Eftimiu ; Idee ; Caius ; Dilema ; Ur. ; L ; Cap ; Lat; Namila ; Oda ; R ; O ; Oa ; Saha ; Zu ; Sol ; Antonia ; Cristian ; Viu ; Ube ; Uc ; Doina ; Tura ; Ieri ; El ; Ele ; Fana ; Rai.

Pag. 170 D-ALE INIMII

Orizontal : Aortă, vase ; nr, infarct ; alcool, bio ; c, a, tutun ; raft, t, sta ; obezitate ; tua, nec, ib ; iz, sirop, a ; s, dom, rupt ; miocardite.

Pag. 170 La LECŢIA DE ANATOMIE : Clavicule (c-la-v ; i-cu-le), Căi biliare (ca-i-bi-l-i-are).

Pag. 170 CHIRURGICALĂ : Pe masa de operaţie (pe-ma-şade o ; pe-ra-şade-ti-e).

Pag. 175 FUMAŢI !

Orizontal : Capăt, microb ; nicotină, pac ; norepinefrină ; urît, gudron, n ; medicaţii, iuc : axic, Ret, fire ; Rin, ca, alo, mr ; Eire, c, arsă ; t, CO, cai, me, i ; aba, benzpiren ; bi, Sand, ociţi ; acroleină, fum ; cianhidric, ia.

Pag. 176 NU ABUZAŢI DE CAFEA !

Orizontal : Tari, agripnie ; rb, migrenă, et ; euforie, acizi ; mz, Li Tai-Pe, il ; u, nataţie, o, i ; ra, tată, tabac ; ars, bi, delir ; t, prier, nociv ; uviol, zaţ, eti ; rota, p, patimă ; ameţeală, r, it ; Arabia, cafea.

Pag. 180 A FRIGORE

Orizontal : Frig, nociv ; geros, răcit ; degerătură ; moş, cataroi ; apă, coriză ; gripă, ru, e ; hering, ri, d ; e, ac, chinui ; tubar, a, ira ; azil, plămîn ; ral, nefrită.

Pag. 183 PĂTRAT 8×8 : Activiza, climatic, ţigărică, imaginat, varicelă, itinerar, zicălaşi, acătării.

Pag. 183 TRATAMENT EFICACE : Infecţii — injecţii.

Pag. 187 ÎNTREBARE... PROFILACTICĂ : Ciţi vaccinaţi sînt ? (ciţiva C ; C în A ; T îs în T).

Pag 189 DIAGNOSTIC : Damaschin e gripat (damă+schi+negri+pat)

Pag. 189 CĂRŢI DE VIZITĂ : 1) Respiraţie artificială 2) Streptomicină.

Pag. 189 PATRAT MEDICAL : Halate, ajutor, luxări, atacat, torace, eritem.

Pag. 189 TRIUNGHI : Compresă ; operaţi ; medici ; privi ; răci ; eti ; si ; a.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

'79

Lei 12,50

editura medicală